

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 70

DE
L'ECTOPIE CONGÉNITALE
DU REIN

Au point de vue chirurgical

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis NURDIN,

Né à Rilly-la-Montagne (Marne), le 25 août 1875.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 70

DE

L'ECTOPIE CONGÉNITALE

DU REIN

Au point de vue chirurgical

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

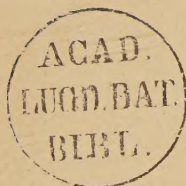
et soutenue publiquement le 9 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis NURDIN,

Né à Rilly-la-Montagne (Marne), le 25 août 1875.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET DOYEN.
M. LACASSAGNE ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. BONDET. OLLIER. PONCET. FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. MONOYER. HUGOUNENQ CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPPIER POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. BARD. SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Zoologie et Anatomie comparée	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacie	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —
Accouchements	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE. —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.).	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET	BARRAL.	PIC.	BORDIER,
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. ROCHET, *Assesseur* ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Arrivé au terme de mes études, il est pour moi un devoir doux à remplir, celui de remercier ceux qui m'ont aimé et instruit.

C'est à vous d'abord et bien au-dessus de tous, mes chers parents, qu'ira l'expression de ma gratitude. Votre affection et votre long dévouement n'ont jamais connu de limites. Ce n'est pas seulement avec des mots, mais du fond de son cœur que votre fils vous adresse ce public hommage.

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET,
Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE
Chef de clinique chirurgicale

M. le Professeur Poncet daigne accepter la présidence de notre thèse ; c'est pour nous un bien grand honneur. Nous lui en exprimons toute notre gratitude et nous lui demandons toute son indulgence pour ce faible travail. Trois ans son élève assidu, c'est à ses savantes leçons cliniques, si pleines de bon sens, que nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales.

Comment pourrions-nous oublier M. le Docteur X. Delore, chef de clinique chirurgicale ? Nous tenons à lui affirmer publiquement toute notre reconnaissance pour ce qu'il fit pour nous. C'est lui encore qui nous inspira notre thèse et nous guida de ses conseils. Merci !

Nous remercions également nos maîtres de Besançon et de Lyon, civils et militaires, et plus particulièrement ceux qui se sont intéressés à nous.

Que nos amis, et surtout nos intimes (ils voudront bien se reconnaître dans ces lignes), soient assurés de notre sympathie.

Nous nous proposons, dans les lignes suivantes, d'étudier l'Ectopie congénitale du rein au point de vue chirurgical. Cette anomalie a déjà été le sujet d'une thèse de Lyon, celle du Docteur Chapuis, soutenue en 1896, dans laquelle l'auteur se place spécialement au point de vue gynécologique et obstétrical ; aussi ne le suivrons-nous pas dans cette voie fréquentée. Notre travail n'aura avec le sien qu'une partie commune : la partie anatomique.

Voici le plan que nous avons adopté :

CHAPITRE I^{er}. — Anatomie.

CHAPITRE II. — Symptômes et Diagnostic.

CHAPITRE III. — Traitement.

CHAPITRE IV. — Observations.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER.

A N A T O M I E .

INTRODUCTION.

DIFFÉRENCES ENTRE LE REIN ECTOPIQUE CONGÉNITAL ET LE REIN MOBILE.

Le rein, organe élaborateur de l'urine, est couché normalement à la partie postérieure de l'abdomen, de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la fosse de Corbon, c'est-à-dire dans l'espace qui s'étend en hauteur de la partie supérieure de la onzième vertèbre dorsale à la partie inférieure de la deuxième vertèbre lombaire.

Il est entouré d'une couche de tissu cellulo-adipeux (capsule de Haller) contenue dans une sorte de sac fibreux formé aux dépens du fascia propria.

Son bord externe, convexe, dépasse un peu le bord externe du muscle carré des lombes ; son bord interne, concave, repose sur le muscle psoas qui le sépare de la colonne vertébrale.

Telle est, rappelée le plus sommairement possible, la situation normale du rein. Si les rapports de cet organe avec les points de repère énoncés plus haut viennent à changer, nous aurons à faire à l'*ectopie rénale*.

L'ectopie rénale est ou acquise ou congénitale. C'est exclusivement de cette dernière variété, plus rare et moins connue, que nous nous occuperons au cours de ce travail. Il importe donc, avant toute chose, de la différencier nettement de la précédente. Nous y arriverons à l'aide des caractères suivants :

1°. Le rein congénitalement ectopié est plus souvent à gauche.

Le rein mobile est plus souvent à droite.

2°. Le rein congénitalement ectopié est *fixé* dans sa position en l'absence de tout travail inflammatoire plastique qui aurait eu pour but de l'unir aux organes voisins par l'intermédiaire d'adhérences.

Le rein accidentellement déplacé est plus ou moins *mobile*, c'est pour cela qu'il est appelé rein mobile, rein flottant. Si, exceptionnellement, un tel rein venait à être fixé, ce serait par une irritation des parties voisines dont on pourrait voir les traces à l'autopsie.

3°. Si la forme du rein ectopique congénital est quelquefois normale, elle est le plus souvent profondément altérée ; celle du rein flottant conserve toujours la forme typique du rein normal, à moins, cela va sans dire, d'anomalies de forme primitives.

4°. Les artères du rein congénitalement fixé sont assez constamment multiples et naissent toujours des

troncs artériels les plus voisins, que ce soit la bifurcation de l'aorte, l'iliaque primitive ou la sacrée moyenne, etc.

Le système veineux obéit à la même loi (un peu moins fréquemment semble-t-il).

Au contraire, lorsque le rein s'est déplacé après la naissance, l'origine de ses vaisseaux est toujours celle que l'on observe pour le rein normalement situé. De plus, les artères et les veines subissent un allongement d'autant plus considérable que l'organe s'éloigne davantage de la loge rénale.

5°. Un autre et dernier caractère est tiré de la longueur de l'uretère.

Dans le premier des deux cas qui nous occupent, l'uretère est toujours plus court que son congénère du côté opposé. Il est d'autant plus court que le rein est fixé plus bas.

Dans le cas de rein flottant, l'uretère a sa longueur habituelle, mais, n'étant plus tendu entre le bassin et la vessie, il présente des coudures et des inflexions variées, causes fréquentes de troubles pathologiques.

ANATOMIE.

1°. **Statistique.** — Le rein ectopique congénital est une disposition anatomique qui ne semble pas être excessivement rare.

Il n'y a pas, à ce sujet, de statistique bien établie : il est, en effet, très difficile, pour ne pas dire impossible, de faire le pourcentage d'une malformation cachée aux regards et qui, si elle se manifeste quelquefois par des symptômes bruyants ou nécessite l'intervention chirurgicale d'une façon quelconque, n'en est pas moins, dans un grand nombre de cas, absolument silencieuse.

Beaucoup de cas doivent donc, de ce fait, échapper au contrôle et, à notre avis, les chiffres apportés par certains auteurs doivent être bien en deçà de la vérité. Gragin (1), de New-York, établit la proportion de un cas de rein ectopique pour 1 000 individus, mais il omet de dire sur quelles bases repose son assertion.

Ce qui est certain, c'est que dans les observations que nous avons dépouillées, le sexe féminin participe à l'ectopie pour une part un peu plus grande que le sexe masculin, et que le rein gauche est de beaucoup le plus fréquemment observé.

(1) GRAGIN. 33^e Congrès gynécol. Boston. In *Gazette hebdomadaire*, 1898, p. 873.

Voici des chiffres : dans 46 cas avec indication du sexe nous avons trouvé :

Hommes. 19 cas.

Femmes. 27 cas.

Soit pour 100 :

Hommes. 42

Femmes 58

Dans 54 cas, l'indication du côté où se trouve l'organe déplacé est donnée et l'on a :

Rein gauche 37

Rein droit. 17

Soit pour 100 :

Rein gauche. 68

Rein droit. 32

Roberts(1), auteur anglais cité par David Newmann, dans une statistique de 21 cas, rapporte une fréquence plus grande encore du rein gauche. La proportion pour lui est la suivante :

Rein gauche. 15

Rein droit. 6

Ce qui fait pour 100 :

Rein gauche. 71

Rein droit. 29

Le vice d'évolution frappe donc surtout le rein gauche et il semble qu'il soit aussi plus affecté par les autres anomalies que son congénère (2). L'ectopie est d'une façon si évidente plus fréquente à gauche que naguère Klebs (3) formulait une loi d'après laquelle l'ectopie

(1) D. NEWMANN. Malformation of kidney. Londres, 1899.

(2) A. VISCONTI. Atti della Assoc. med. Lombarda. N° 5, p. 250, 1892.

(3) KLEBS. Handbuch der path. Anat. Berlin 1870, p. 610.

congénitale ne se rencontrait qu'à gauche, de même que l'ectopie acquise ne se voyait qu'à droite. Il était certainement trop catégorique.

2°. Situation. — Nous avons vu qu'il fallait nommer ectopie du rein l'état de la glande urinaire arrêtée ou déviée dans son développement.

L'ectopie se fait soit en haut : on a alors le *rein surélevé* (1) qui est excessivement rare et dont nous n'avons pas pu trouver d'observation ; soit plus fréquemment en bas : *rein abaissé*.

Nous nous occuperons seulement du rein abaissé.

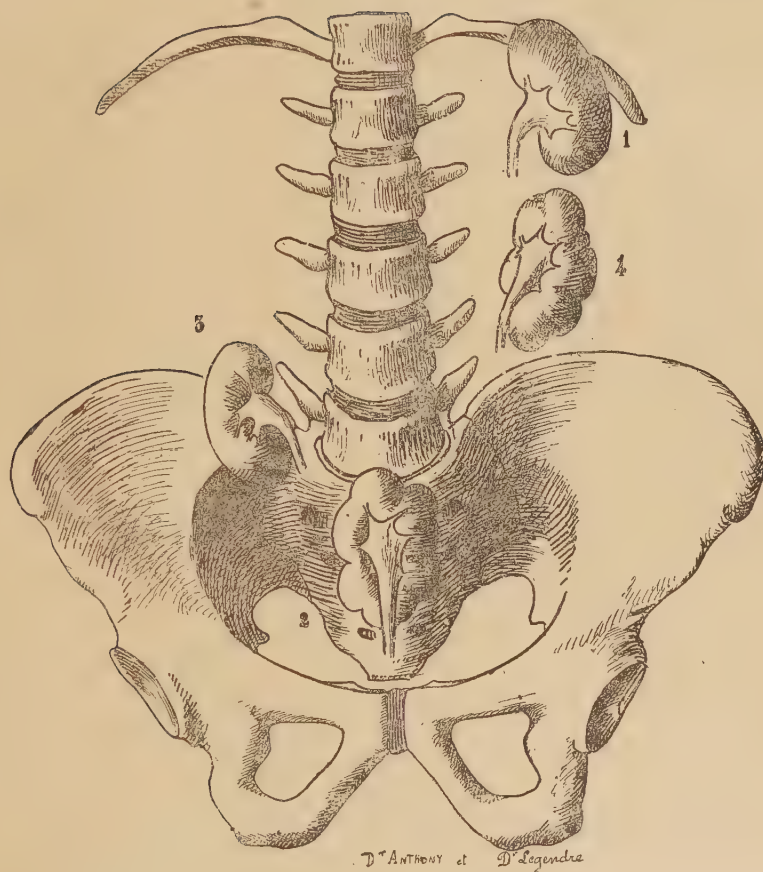
Suivant que nous considérerons ou l'arrêt ou la déviation de développement qui ont présidé à l'anomalie, nous pourrons faire rentrer les situations nombreuses occupées par l'organe ectopié dans deux classifications différentes.

A) 1°. Le rein anormal est situé tout entier dans le petit bassin. *forme pelvienne*,

2°. Le rein anormal est situé en partie seulement dans le petit bassin, son extrémité supérieure est en dehors de ses limites. Ex. : un rein à cheval sur le promontoire ou sur la ligne innommée de l'os iliaque. *forme abdomino-pelvienne*.

3°. Le rein anormal est situé tout entier, en dehors et au-dessus des limites du petit bassin *forme abdominale*.

(1) CHARPY, Organes génito-urinaires, Toulouse, 1890.



LÉGENDE :

1. Rein normalement situé à gauche.
2. — pelvien médian.
3. — abdomino-pelvien-homolatéral.
4. — abdominal hétérolatéral.

B) 1°. Le rein occupe le côté du corps auquel il était destiné. *variété homolatérale.*

2°. Le rein ectopié occupe la ligne médiane *variété médiane.*

3°. Le rein ectopié occupe le côté opposé à celui auquel il était destiné *variété hétérolatérale.*

Pour plus de précision ces deux classifications peuvent se compléter et, par exemple, la forme abdomino-pelvienne aura trois variétés qui seront l'abdomino-pelvienne homolatérale, l'abdomino-pelvienne médiane et l'abdomino-pelvienne hétérolatérale.

Les diverses situations occupées par le rein étant ainsi schématisées, indiquons quelles sont les variétés le plus fréquemment observées dans la pratique : ce sont les formes abdomino-pelvienne, puis pelvienne, bien loin derrière arrive la forme abdominale qui est de beaucoup la moins fréquente.

Forme abdomino-pelvienne : 2 variétés se voient fréquemment : 1° la médiane ; 2° l'homolatérale.

1°. Dans la variété médiane, le rein est à cheval sur le promontoire du sacrum entre les deux branches de bifurcation de l'aorte abdominale qui lui forment comme un encadrement. Ces deux artères iliaques primitives, au lieu d'être rectilignes comme elles se voient habituellement, sont incurvées de façon à pouvoir embrasser le rein dans leur concavité.

Le rein recouvre fréquemment une plus ou moins grande partie de la veine iliaque primitive gauche.

Le rectum se trouve assez souvent rejeté sur le côté.

Ce qui est surtout remarquable, c'est la facilité avec laquelle le rein se moule sur le squelette dont il présente l'empreinte des saillies et de tous les détails du relief.

L'organe s'étend habituellement du corps de la IV^e ou V^e vertèbre lombaire à la III^e ou IV^e pièce du sacrum.

Chez l'homme il est en rapport avec la vessie en avant et chez la femme avec l'utérus, l'ovaire, les trompes, les ligaments larges. Le rectum repoussé peut se trouver soit en avant, soit en arrière du rein.

La *variété homolatérale* du rein abdomino-pelvien se trouve située au niveau de la symphyse sacro-iliaque. L'organe repose sur l'artère iliaque primitive et l'artère iliaque externe, de même que sur les troncs veineux desquels il est séparé par son tissu celluleux d'enveloppe qui leur sert de coussin les garantissant dans une certaine mesure des dangers de la compression.

Dans d'autres cas, le rein homolatéral se voit presque entier dans une fosse iliaque et plongeant seulement d'une quantité infime dans le petit bassin.

Forme pelvienne. — Le rein pelvien situé un peu plus bas que l'abdomino-pelvien est tout entier inclus dans l'excavation, il affecte à peu près les mêmes rapports que le précédent, ils sont seulement plus intimes, étant donné l'espace réduit où la glande est incarcérée.

Forme abdominale. — Le rein congénital abdominal se rapproche de plus en plus du rein normal situé dans la région lombaire ; comme lui, il est pourvu d'un très léger degré de mobilité associé aux mouvements res-

piratoires. Il se rencontre quelquefois dans la moitié du corps opposée à celle à laquelle il était destiné (variété *hétéro-latérale*). Son uretère croise alors la colonne vertébrale pour venir s'aboucher dans la vessie. Nous publions plus loin des observations de ce rein hétérolatéral qui peut se souder par son extrémité supérieure à l'extrémité inférieure du rein normal situé au-dessus de lui.

Quelle que soit la situation du rein en ectopie, jamais elle n'est partagée par la capsule surrénale. Cet organe reste constamment indépendant du rein normal ou anormal.

Nous avons vu plus haut que le rein se moulait sur les os qu'il recouvre, ces empreintes ne sont pas les seules que l'on puisse observer : les organes qu'il coudoie peuvent aussi imprimer plus ou moins grossièrement leur forme à sa surface, aussi voit-on des facettes correspondre au contact du psoas, de l'utérus, etc., des sillons parcourir la face antérieure, creusés par un vaisseau étroitement accolé à la glande ou par l'uretère.

3°. Moyens de fixité. — Quelle qu'elle soit, le rein ectopique est fixé dans sa position et a très peu de tendance, contrairement à ce qui se passe pour le rein normal, à s'en écarter. On n'a pas encore connaissance de reins congénitaux qui soient devenus mobiles.

Cependant dans quelques rares cas on note de légers mouvements associés aux mouvements respiratoires. Nous reviendrons sur ce point au chapitre des symptômes.

Quels sont les moyens de fixité de l'organe qui nous intéresse ? Ils sont multiples.

a) *Une atmosphère cellulo-adipeuse* entoure le rein anormal et peut même, dans certains cas, présenter une densité et une résistance très grandes ; on voit même au sein du tissu connectif qui la compose, des trousseaux fibreux, nettement différenciés, l'unir étroitement aux plans osseux voisins avec le périoste desquels ils se confondent (Lhuillier (1), Chapuis (2)).

b) *Le péritoine* revêt comme normalement la face antérieure du rein ectopié, aussi souvent du moins que la position de ce dernier le lui permettra. Il est clair, en effet, qu'un rein profondément situé entre le rectum et la vessie, ne pourra être recouvert par le péritoine que dans sa partie toute supérieure.

c) *Le pédicule vasculaire*, ou plutôt les pédicules vasculaires, car les vaisseaux multiples aboutissent ou prennent naissance dans le rein en des points variés et contribuent pour une grande part à la fixité de l'organe.

d) Enfin la glande urinaire, lorsqu'elle est tout entière dans l'excavation, est solidement fixée dans le bassin par la *pression abdominale*. Elle se trouve comme un coin, maintenue par les parois pelviennes et les organes avec lesquels elle est en rapport.

4°. Nombre. — Le rein ectopié est le plus souvent unilatéral et nous avons vu que dans le plus grand nombre de cas il s'agissait du rein gauche. Cependant,

(1) LHUILLIER. — Thèse de Strasbourg, 1845.

(2) CHAPIUS. — Thèse de Lyon, 1896.

il n'est pas rare de voir les deux reins abaissés en ectopie ; dans ce cas, ils sont indépendants l'un de l'autre ou fusionnés, le plus souvent, par un pont médian, et constituent ce que l'on a appelé depuis longtemps « rein en fer à cheval ». Il ne faudrait pas croire que cette forme en fer à cheval fût la seule réalisée par la fusion des deux reins ; ils peuvent aussi être conjugués par leurs pôles inférieurs et supérieurs, constituant les « reins en brioche » ; mais il est de règle que l'union se fasse par les pôles inférieurs, le croissant ayant sa concavité tournée en haut.

Une autre variété : le rein ectopique est hétérolatéral et soudé par son pôle supérieur au pôle inférieur du rein normal sus-jacent. L'axe du rein anormal peut dans ce cas se continuer avec celui du rein normal ou au contraire former un angle plus ou moins ouvert (1).

Les deux reins peuvent encore être confondus étroitement. Deux uretères naissent au même point ou en des points séparés de cette espèce de gâteau de parenchyme rénal.

Le rein ectopié est quelquefois unique et l'on recherche vainement son congénère.

Dans une observation que nous reproduisons il s'agissait au contraire d'une masse rénale surnuméraire située au devant de la colonne lombaire, entre l'aorte et la veine cave, qu'elle avait disjointes et entre lesquelles elle avait, pourrait-on dire, fait son nid de tissu cellulo-adipeux.

(1) POCHON. *Bull. Soc. anat.* 1895.

5°. **Volume.**— A peu près constamment le volume du rein ectopié est diminué dans des proportions très notables; par contre, son congénère est très souvent le siège d'une hypertrophie compensatrice.

Quelquefois l'atrophie est très accentuée et l'on voit le rein anormal avoir le volume d'une châtaigne et être constitué par une petite masse fibreuse dépourvue de toute fonction sécrétoire (1).

Dans de très rares cas, on voit le volume du rein ectopié devenir égal ou même supérieur à celui du rein normal.

6°. **Couleur et consistance.** — La couleur et la consistance du rein ectopique sont celles de l'organe normalement situé.

7°. **Conformation extérieure.** — Quelquefois la forme est celle du rein normal; mais le plus souvent elle est plus ou moins altérée et ne rappelle que de très loin la forme en haricot classique. Tantôt le parenchyme s'est concrété en une galette circulaire, tantôt la forme se rapproche de celle d'une pyramide triangulaire; d'autres fois l'on a affaire à une sorte de calotte vaguement sphérique dont la surface plane est appliquée sur les os; d'autres fois encore les contours sont très irréguliers, présentant des golfes et des caps qui donnent à l'organe un aspect bizarre.

Si les contours sont très souvent anormaux, la surface, elle aussi, l'est dans bon nombre de cas: la disposition lobulée, notamment, est souvent rencontrée.

(1) HAMILTON WHITEFORD. *Brit. Med. Journal*. 1898, t. II, p. 896.

Il n'y a plus, le plus communément, ni bord concave ni bord convexe, le hile n'existe plus car l'uretère et les vaisseaux se sont disjoints; l'uretère naît souvent du milieu de la surface où se voit un bassin; d'autres fois son origine est excentrique, mais n'atteint que rarement les bords.

La présence à la face antérieure des divers canaux excréteurs et vasculaires détermine sur l'organe la formation d'empreintes en forme de gouttière, au fond desquelles ils cheminent.

8°. Vascularisation. — Les vaisseaux dont l'origine ou la terminaison dans la substance rénale ne sont soumises à aucune loi, sont multiples dans la majorité des cas, et les artères plus encore que les veines.

1°. Artères. — Elles sont multiples. Les reins ectopiques peuvent recevoir 2, 3, 4, 5 et même 6 artères. Poirier a vu dans un cas d'ectopie double le rein droit recevoir six artères et le rein gauche quatre. On pourrait multiplier des faits semblables presque à l'infini.

D'ordinaire les artères du rein ectopie proviennent de l'aorte abdominale, plus bas que normalement quand le rein est au-devant de la colonne lombaire, c'est-à-dire quand il est en ectopie abdominale; à la bifurcation de l'aorte, de la sacrée moyenne, de l'iliaque primitive ou interne dans les cas d'ectopie abdomino-pelvienne ou pelvienne.

Dans le cas rapporté par Poirier (1), où il s'agissait d'une ectopie rénale double, le rein droit recevait une

(1) *Bullet. de la Soc. anat. de Paris*, 1839, p. 436.

artère naissant de l'aorte, à un centimètre au-dessus de sa bifurcation. Trois artères naissaient en bouquet de l'angle formé par l'aorte et l'artère iliaque primitive. La cinquième de l'aorte dans l'angle de bifurcation et la sixième de l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive gauche.

2°. *Les veines.* — Elles sont aussi, mais moins fréquemment, multiples, il n'est pas rare d'en rencontrer trois ou quatre. Souvent il n'y a pas de veine correspondant à chaque artère, ainsi dans l'observation de Poirier, citée plus haut, une seule des six artères que recevait l'un des reins était accompagnée d'une veine. Dans un cas (1), une veine du rein gauche ectopié, situé à gauche, se jetait dans la veine rénale droite normale.

9°. **Anomalies concomitantes.** a) *Uretères.* — L'uretère présente fréquemment des anomalies. Dans l'observation de Hamilton Whiteford, déjà citée, il était imperforé. Dans certains cas, il est double (2). Chez Liégeois (3), le bassinnet était bifide et les deux branches se réunissaient en un même uretère. Chez Schwalbe (4), le bassinnet était trifide, il existait comme un trépied urétérique.

b) *Utérus et annexes.* — Du côté de l'ectopie, souvent l'utérus est atrophié, les annexes manquent. Chez Lhuillier (5), il y avait un utérus bifide imperforé.

(1) MULLERHEIM. — *Zeits. f. Geburts.* XXXVI, 1897, p. 371.

(2) ROBERTS. — *Loco citato.*

(3) LIÉGEAIS. — *Mémoires de la Société de Biologie*, 1859.

(4) SCHWALBE. — *Arch. f. Anat. path.*

(5) LHUILLIER. — *Thèse de Strasbourg*, 1845.

c) *Les vésicules séminales et le canal déférent* peuvent également manquer ou être atrophiés.

d) Du côté des *testicules*, on note l'atrophie (1) et la cryptorchidie (2).

e) Dans une observation (3), nous trouvons l'indication d'une *rate supplémentaire*.

f) Dans un autre cas (4), l'anus était imperforé, le *rectum* s'ouvrait dans la vessie. Le rein, trouvé assez superficiellement, avait empêché par sa présence le développement de l'anus.

g) Enfin nous trouvons notée la coexistence d'un rein ectopié et d'un *poumon droit divisé en quatre lobes* (5).

(1) MARTIN. — *Zeits. f. Geburts.* XXXVI, 1897, p. 371.

(2) STRUBE. — In thèse Chapuis. Lyon, 1896.

(3) MESLAY. — *Loco citato*.

(4) STRUBE. — *Loco citato*.

(5) APPERT. — *Soc. Anat.*, 11 février 1893.

ESSAI D'EMBRYOGÉNIE.

On trouve successivement pour remplir les fonctions de dépuration chez l'embryon et le fœtus : 1° le Pronéphros ; 2° le Mésonéphros ; 3° le Métanéphros.

1°. Le *Pronéphros* est un tube (canal de Wollf) qui, se détachant, au niveau de la région cervicale, de la cavité pleuro-péritonéale dont il draine la sérosité, débouche dans l'intestin, au point où naîtra l'allantoïde.

2°. Plus tard, l'ouverture du canal de Wollf dans la cavité pleuro-péritonéale s'oblitére et corrélativement apparaît un système de canalicules qui, implantés sur le canal de Wollf, à la façon des dents d'un peigne, par une de leurs extrémités, embrassent chacun par l'autre un glomérule né de l'aorte. A ce stade du *Mésonéphros*, la dépuration se fait déjà dans le sang. L'organe ainsi constitué est le *corps de Wollf*.

3°. Puis, dans le stade du *Métanéphros*, il naît de la partie postérieure du corps de Wollf, près de son embouchure dans l'allantoïde, un bourgeon creux. C'est l'*uretère*, il remonte plus ou moins haut sur les côtés de la colonne vertébrale, s'arrête et se dichotomise, formant les *tubes droits*. Le mésenchyme environnant se transforme alors, donnant lieu aux tubes contournés et à l'anse de Henlé. Ce système canali-

culaire communique ensuite, d'une part avec les tubes droits, d'autre part avec les glomérules définitifs ou de Malpighi formés à l'extrémité d'artérioles émanées du système aortique.

Pendant que le rein définitif se constitue, le corps de Wolff va s'atrophiant, sauf cependant dans sa partie antérieure qui participe, de concert avec les cordons venant de la *glande génitale primitive*, à la formation des organes génitaux internes.

Telles sont les notions classiques sur l'embryologie du rein que nous avons très résumées.

Comment expliquer l'anomalie qui nous intéresse ? Nous croyons que c'est de la façon suivante :

Dans les deux premiers stades embryonnaires, caractérisés chacun par la formation du Pronéphros et du Mésonéphros, tout se passe comme normalement. Mais dans le stade ultime qui aboutit, comme on le sait, à l'édification du rein définitif, l'uretère se trouve frappé d'inertie dans sa marche ascendante.

Là où remontera son extrémité supérieure, là sera la place assignée au rein. Ce sera le plus habituellement au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires si tout se passe normalement ; dans le cas contraire ce sera soit dans le petit bassin, soit au niveau du promontoire ou de la symphyse sacro-iliaque, soit dans la fosse iliaque ou sur les côtés de la colonne lombaire.

L'uretère serait-il doué d'une activité plus grande et remonterait-il plus haut que normalement, nous aurions l'explication du *rein surélevé* dont nous trouvons mention dans le livre de Charpy.

Comment expliquer les anomalies artérielles de nombre et d'origine : par ce fait que, à chacun de ses stades ascensionnels l'uretère, et par conséquent le rein, dépend de territoires vasculaires différents et étagés au-dessus les uns des autres. De plus, le corps de Wolff, ayant une activité très grande, doit, de ce fait, être très richement irrigué. Si son évolution vient à être entravée, il conservera néanmoins la multiplicité de ses vaisseaux.

Le développement des organes génitaux internes, étant lié à l'évolution du corps de Wolff, on comprend la fréquence des anomalies génitales coïncidant avec l'ectopie rénale.

La capsule surrénale ne participe jamais à l'ectopie. Elle n'a, en effet, pas plus de relations embryogénétiques avec le rein que de relations physiologiques. Kölliker pense que sa couche médullaire proviendrait du grand sympathique et sa couche corticale de l'épithélium du péritoine.

APPENDICE AU CHAPITRE PREMIER.

Au début de notre thèse, et pour fixer les idées, nous avons fait une scission nette entre l'ectopie congénitale et l'ectopie accidentelle. Cette distinction est un peu schématique et il convient ici de ramener les choses en leur point.

Evidemment, de prime abord, à ne considérer que des cas extrêmes, par exemple, un rein pelvien médian et un rein mobile consécutif à un accouchement ou à un léger traumatisme, on serait tenté de faire ce départ catégorique. Mais pour peu que l'on prête attention, d'une part au degré de mobilité, peu étendu, il est vrai, que peut acquérir quelquefois le rein ectopique congénital et d'autre part, aux anomalies (et elles sont nombreuses) qui peuvent se concentrer sur le rein mobile, on voit qu'il existe entre ces deux affections des cas intermédiaires. Les observations de ces faits sont du domaine de la pratique journalière et parmi l'un des plus probants, on peut citer celui de Harrey Reed: il existait à la fois un rein mobile ordi-

naire développé à la suite d'un léger traumatisme et de l'autre un rein pelvien congénitalement déplacé avec anomalies artérielles.

Ajoutons à cela que de nombreux auteurs admettent, comme facteur étiologique important, une prédisposition congénitale à la néphroptose et parmi eux Litten, Guterbock, Ewald, Ochsle et, chez nous, Albaran. Ce dernier auteur, d'accord en cela avec Walsch et Comby, a développé une théorie d'après laquelle l'ectopie congénitale du rein et le rein mobile ne seraient autre chose que des stigmates somatiques de la dégénérescence.

CHAPITRE II.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC.

SYMPTOMES.

M. le Professeur agrégé Tuffier (1), dans un court article sur les anomalies du rein, s'exprime ainsi, parlant de l'ectopie rénale : « Aucun trouble ne trahit l'existence de cette anomalie qui passe le plus souvent inaperçue ou est découverte par hasard au cours d'une exploration minutieuse de l'abdomen ou d'une laparotomie pour une toute autre affection.

« Dans les cas d'inflammation ou de néoplasie du rein déplacé, l'embarras du chirurgien pourrait être grand à se rendre compte de l'organe malade. Il suffira de songer à l'ectopie pour reconnaître à la forme, à la consistance de la tumeur, et surtout aux troubles urinaires, que le rein est en cause .»

(1) *Traité de chirurgie*. DUPLAY et RECLUS. 1899, t. VII, p. 339.

La lecture de ces lignes nous étonna profondément et, malgré l'autorité légitime dont jouit universellement le Maître parisien, en pareille matière surtout, nous ne rentrerons pas un seul instant dans sa manière de voir.

M. Lancereaux (1), lui aussi, partage l'opinion optimiste de M. Tuffier. Pour lui, l'ectopie est une affection qui n'a pas de gravité et le rein déplacé (lisez ectopié) qui n'a pas subi d'altération ne détermine aucun symptôme fonctionnel et n'exerce aucun tiraillement sur les nerfs, de sorte que le malade ne souffre ni ne se plaint.

Nous avons été témoin, dans le service de M. le Professeur Poncet, d'un cas (point de départ de ce travail) où l'ectopie congénitale du rein fut la cause unique de symptômes très sérieux et où l'intervention de M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, fut amplement justifiée par l'état de la malade dont l'émaciation, le degré avancé de cachexie et surtout les phénomènes douloureux réclamaient à tout prix un traitement actif. Il en fut ainsi des malades d'Oliver, de Newmann, d'Alsberg, dont nous rapportons les observations. De même encore le malade de M. le Professeur Poncet, signalé par M. le Professeur agrégé Nové-Josserand en 1892.

Tous ces faits plaident énergiquement contre cette opinion que le rein en ectopie congénitale passe complètement inaperçu, c'est-à-dire qu'il n'a aucune espèce d'importance au point de vue pratique. Et, encore, omettons-nous de parler des cas très nombreux où

(1) LANCEREAUX. *Leçons de clinique médicale* 1894.

l'anomalie en question fut une cause de dystocie, nous renvoyons ceux que ce sujet pourrait intéresser à l'excellente thèse du docteur Chapuis (Lyon, 1896).

Abordons, après ce préambule, la symptomatologie du rein ectopique.

Il ne faudrait pas croire qu'il soit toujours ou complètement silencieux ou cause de symptômes bruyants, par exemple de douleurs intenses paroxystiques forçant, pour ainsi dire, l'attention du chirurgien. Il est d'autres cas où l'influence nocive de l'anomalie de situation du rein sur le fonctionnement de l'économie n'est pas moins certaine, quoique moins évidente.

1°. Il peut arriver qu'un rein, profondément situé dans le petit bassin, trouble énormément la fonction de certains organes et que son importance, en tant que facteur causal, échappe au clinicien, tant est grande la banalité des symptômes observés et aussi, il faut le dire, tant est rare l'anomalie rénale.

Nous rapportons une observation de Mérier (1) dans laquelle le malade, un vieillard, de tout temps avait accusé une grande fréquence des émissions des urines; il avait de plus pissé au lit jusqu'à l'âge de seize ans. Or, que trouva-t-on à l'autopsie? un rein unique, de la grosseur d'un poing et situé au-dessous de la vessie..... Les faits sont ici faciles à interpréter : grâce à la présence de l'organe derrière la vessie, la capacité de ce réservoir était diminuée, il se remplissait beaucoup plus rapidement et par conséquent le besoin d'uriner se faisait sentir plus vite. Nous savons en effet, de par la physiologie, que la distension de la vessie

(1) MÉRIER. *Gazette des Hôpitaux*. 1885, p. 91.

devient une cause d'irritation pour la fibre musculaire qui alors se contracte pour vider son contenu.

Nous n'avons pas pu trouver, dans la littérature médicale, d'observations ayant trait à la rétention d'urine, mais il est clair que le rein, siégeant plus bas encore que dans le cas de Mérier, pourrait refouler devant lui la prostate et réduire le calibre du canal de l'urètre.

Très souvent, dans l'ectopie pelvienne, le rectum est repoussé à droite si le rein est à gauche ; à gauche, au contraire, si le rein se trouve à droite. Il en résulte deux choses : ou une flexion ou un aplatissement du rectum, c'est-à-dire que, dans un cas comme dans l'autre, un obstacle sera interposé au cours des matières fécales (obs. de Strübe) (1). Cette constipation peut être opiniâtre et a nécessité dans un cas une néphrectomie primitive de la part de Hochenegg (2).

Ces faits doivent être rapprochés de ce que M. le Professeur de clinique infantile Weill (3) appelle la constipation congénitale et qui serait due, entre autres causes, à une disposition anatomique particulière de l'S iliaque.

La compression d'un organe d'une sensibilité très grande tel que l'ovaire, n'ira pas sans phénomènes douloureux du côté de cet organe et il n'est pas impossible que des crises dues à un reflexe partant de cet organe irrité par la présence continuelle du rein, puissent se produire. Nous nous livrons ici à une pure hypothèse qui, bien qu'elle soit vraisemblable, mériterait d'être confirmée par des observations.

(1) STRÜBE. In thèse de Chapuis. Lyon, 1896.

(2) HOCHENEGG. *Semaine médicale*. 20 décembre 1899.

(3) WEILL. *Enseignement oral*, Été 1899.

De même l'irritation des plexus nerveux, rachidiens ou sympathiques, provoquent des névralgies et des phénomènes douloureux sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir plus loin.

2°. Examinons maintenant un deuxième ordre d'idées. Il arrive fréquemment que le rein reste complètement silencieux durant toute la vie de son porteur : il n'est alors découvert que dans un examen post-mortem. Ces faits sont très nombreux, mais il n'en est pas moins vrai que ces sujets sont constamment menacés par leur anomalie, qui les place dans un état notable de moindre résistance et qui peut intervenir d'une façon quelquefois fatale en compliquant l'évolution de certaines affections intercurrentes.

Tel est le cas de cette malade de Neufville qui mourut de bronchite avec, comme symptômes anormaux, de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. On trouva à l'autopsie un rein ectopique hyperhémie et comprimant la veine iliaque gauche dans laquelle se trouvait un thrombus qui remontait dans la veine cave inférieure. Et cela après 25 ans d'absence de tout symptôme.

Assez souvent l'histoire clinique des malades porteurs du rein ectopique est la suivante. Depuis de longues années ils ressentent des douleurs, en somme supportables, qui les quittent, puis les reprennent à la suite d'une fatigue, d'une mauvaise position, etc., lorsque tout à coup ces douleurs deviennent extrêmement intenses et s'accompagnent de troubles digestifs et reflexes très sérieux, amenant une altération notable

de la santé caractérisée par un certain degré de cachexie et des phénomènes de dépression nerveuse. C'est dans cet état qu'ils réclament énergiquement l'intervention.

SYMPTOMES FONCTIONNELS.

1°. Douleur. — Elle consiste, dans le principe, en une simple gêne, en une espèce d'endolorissement qui attire l'attention du malade ou du médecin sur la présence d'une tumeur qui souvent ne se révèle qu'à ce moment. Cette douleur ne se limite pas seulement à l'abdomen, mais irradie déjà dans les membres inférieurs.

Ces phénomènes douloureux changent par la suite de caractères et revêtent la forme de crises intermittentes pouvant se répéter plusieurs fois dans une journée. Elles sont alors extrêmement violentes, obligent le malade à s'aliter et l'on a vu une fois un de ces paroxysmes douloureux entraîner une perte de connaissance subite (Oliver).

Ces crises, réveillées par la fatigue, par une mauvaise position, etc... peuvent simuler les coliques néphrétiques et s'accompagner, comme dans cette dernière affection, de propagation des douleurs dans les organes génitaux externes (malade de M. le Professeur Poncet). Elles irradient également aux membres inférieurs où l'on peut constater de véritables accès névralgiques sur le trajet du crural et du sciatique.

A signaler également des nausées et des vomissements qui sont probablement dus à un reflexe péritonéal et qui font ressembler d'une façon étrange ce tableau symptomatique aux *phénomènes d'étranglement* que l'on rencontre si fréquemment dans le rein mobile. La similitude est si complète que l'on serait tenté fortement, dans de tels cas, de nier l'ectopie rénale et d'assigner comme cause à de tels phénomènes l'existence d'un hydronéphrose.

Nous avons en effet, dans l'observation de M. X. Delore, noté jusqu'à une diminution de la quantité des urines émises pendant l'accès et une augmentation après.

Mais M. le Professeur-agrégé Nové-Josserand, alors qu'il était l'interne de M. le Professeur Poncet, présenta à la Société des Sciences médicales de Lyon (séance de janvier 1892) un rein en ectopie congénitale nettement caractérisé au point de vue anatomique, ayant occasionné des phénomènes qui avaient fait songer à de l'hydronéphrose intermittente. L'autopsie montra clairement que cette hypothèse n'était pas fondée et que l'état du rein ne paraissait pouvoir expliquer ces douleurs.

A quoi donc devons-nous attribuer ces phénomènes ? Si, à propos du rein mobile, on peut songer à de l'hydronéphrose, nous avons vu que, dans le cas présent, il ne pouvait en être ainsi et nous croyons qu'il s'agit ou de la compression du rein ectopique par la distension des organes qui l'environnent ou surtout de la congestion de cet organe.

Becquet, en 1865 (1), fit ressortir ce dernier facteur pathogénique et insista sur le rôle de la menstruation dans la production des phénomènes douloureux rénaux. Il avait, il est vrai, en vue l'explication de ce qui se passe pour le rein flottant, mais elle n'est pas déplacée dans notre sujet et nous la résumons. Au moment de la fluxion menstruelle, les reins prennent part à la congestion des organes génitaux. Cette tuméfaction est peut-être physiologique, à coup sûr elle explique les douleurs si souvent ressenties au moment des époques, surtout chez les femmes mal réglées. Quand elle est brusque et soudaine, soit au moment des règles, soit après une course, une fatigue un peu forte, la scène éclate par une crise douloureuse. Le rein, brusquement congestionné, semble se dresser à la façon d'une tumeur érectile.

2°. Symptômes digestifs. — Les symptômes digestifs se divisent en deux groupes : a) les phénomènes réflexes accompagnant l'accès et disparaissant avec lui ; b) les phénomènes qui persistent au contraire après l'accès.

a) Pendant les crises on constate très souvent un état saburral, des nausées, des vomissements, des hématuries.

b) Il peut persister aux crises un état très sérieux de dyspepsie. Le médecin pourrait faire à cette époque le diagnostic de tumeur maligne de l'estomac, comme cela est arrivé à Oliver. Ce diagnostic, il faut le dire,

(1) BECQUET. — In *Archives générales de Médecine*, 1865.

est très rationnel, étant donnée la constatation de la tumeur et des symptômes intéressant l'état général du sujet.

3°. Symptômes généraux. — La santé, chez les sujets porteurs d'ectopie occasionnant des symptômes douloureux, s'altère rapidement et profondément. Les douleurs, d'une intensité quelquefois inouïe d'une part, les troubles digestifs, d'autre part, plongent ces malheureux dans un état d'asthénie profonde. Ils sont amaigris, cachectiques, leur caractère qui, au début, était seulement inégal, devient morose : ce sont des déprimés. Ils sont indifférents à tout et leur volonté ne se réveille que pour réclamer énergiquement une intervention chirurgicale qui, supposent-ils, devra les tirer de leur misère.

SIGNES PHYSIQUES.

A. — Examen de la région lombaire. — L'examen de la région lombaire, le malade étant debout ou assis, permet quelquefois de constater un méplat ou même une dépression, un amincissement de la région costo-iliaque.

La percussion dénote une sonorité plus étendue de la région, ce signe a plus de valeur lorsqu'il est perçu à gauche ; à droite, il est un peu obscur et difficile à interpréter à cause de la présence du foie.

B. **Examen de la tumeur.** — Nous devons examiner trois cas :

La tumeur est accessible seulement par le palper abdominal.

La tumeur est accessible seulement par le toucher.

La tumeur est accessible à la fois par le palper abdominal et par le toucher.

1° *La tumeur est accessible seulement par le palper abdominal.*

a) L'inspection n'apporte pas beaucoup de lumière, elle permet seulement de constater quelquefois dans la région sous-ombilicale une tumeur qui, dans quelques cas, pointe à la façon d'un fibrome de la paroi.

b) La percussion donne une aire de matité correspondant à la tumeur. Cette zone de matité est parfois entrecoupée par une bande de tympanisme (Depage). Ce signe est d'ailleurs commun au rein normalement situé et à tous les organes rétropéritonéaux, tels le pancréas, une partie de la rate, du foie, etc. Or, nous avons vu que constamment le rein ectopié restait en dehors de la cavité péritonéale.

c) Mais c'est la palpation qui nous donne le plus de renseignements. Par le palper, on arrive à acquérir la notion d'une tumeur intra-abdominale, située assez profondément, plus ou moins haut dans la région sous-ombilicale ou de la fosse iliaque. Souvent elle est arrondie, lisse. Il est inutile de rechercher la forme en haricot du rein, elle n'est pas perçue en raison de la déformation fréquente.

La consistance en est ferme, peu ou pas rénitente, mais bien plutôt dure.

Le plus souvent immobilisée, elle présente quelquefois, comme il est noté dans plusieurs observations, de faibles mouvements de translation de haut en bas associés aux mouvements inspiratoire et expiratoire.

Insensible à la pression superficielle, le rein, dans le plus grand nombre des cas, est douloureux à la pression profonde, surtout si l'examen se fait pendant les crises sur lesquelles nous avons insisté plus haut.

Cette tumeur est d'un volume variable, variant depuis la dimension d'un gros œuf jusqu'à celle des deux poings.

Elle ne présente, le parenchyme et les tissus périrénaux restant sains, que très exceptionnellement de la fluctuation ; on peut cependant citer de ce fait une observation de M. David Newmann, chirurgien de Glasgow. Les raisons de cette fluctuation sont d'ailleurs restées très obscures.

Le rein peut, dans certaines conditions, être animé de pulsations. Elles ne lui sont évidemment pas propres, mais transmises par l'aorte ou un autre vaisseau. Dans l'observation d'Oliver, on notait ces pulsations dans une étendue de deux pouces.

d) Dans quelques cas rares également, l'*auscultation* permet d'entendre des bruits de souffle. Dans l'observation citée plus haut, en plaçant le stéthoscope au-dessus et au-dessous de la tumeur, on percevait un souffle systolique plus rude dans la situation assise que dans la situation couchée. L'examen du cœur, au point de vue des signes valvulaires étant resté infructueux, il n'est pas douteux que ce souffle était dû à une diminution du calibre de l'aorte, enserrée sur ses faces

latérale et antérieure par un rein en fer à cheval qui lui formait comme un anneau incomplet.

2° La tumeur est accessible par le toucher.

Dans ce cas, le doigt introduit dans le vagin, rencontre, en arrière du col utérin, une masse qui pointe dans le cul-de-sac postérieur, beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite.

Elle est d'une consistance moyennement dure et ne présente pas d'adhérences avec l'utérus dont elle est séparée par un sillon (Gouilloud).

Chez l'homme, le toucher rectal n'a pas été fait, mais dans des cas de reins profondément situés, il est très probable qu'il donnerait des renseignements très précieux.

3° La tumeur est accessible à la fois par le toucher et par le palper abdominal.

Une main appliquée sur la tumeur perceptible à travers la paroi et l'autre main dans le vagin permettront au chirurgien de connaître avec beaucoup plus de précision, la situation, les dimensions, la consistance, le degré de fixité ou de mobilité, les rapports de la tumeur.

DIAGNOSTIC.

Il n'y a aucun signe ou symptôme pathognomonique du rein congénitalement fixé. Son diagnostic est toujours d'une grande difficulté. Il n'a, à notre connaissance, jamais été fait, sauf cependant en Allemagne, par Olshausen (1) qui prétend même qu'on peut le poser indubitablement dans la plupart des cas; lui-même nous apprend qu'il l'a établi deux fois par les seuls signes physiques : mais l'autopsie a-t-elle confirmé l'opinion du clinicien ?

Pour cet auteur, la raison pour laquelle le chirurgien ne fait pas le diagnostic, c'est que l'éventualité d'un rein ectopié ne se présente pas à son esprit.

Il faudrait donc, dans toute tumeur de l'abdomen, penser à l'existence possible de l'anomalie du rein, surtout quand elle présente les crises douloureuses que nous avons étudiées au paragraphe précédent et qui peuvent simuler les coliques néphrétiques ou des phénomènes d'hydronéphrose intermittente et quand on a constaté la vacuité d'une ou quelquefois des deux fosses rénales.

Avec quoi surtout pourrait-on confondre l'ectopie rénale ? Evidemment, c'est avec le rein déplacé accidentellement et ne présentant pas de mobilité. Mais,

(1) *Zeitschrift f. Geburtsh*, XX XVI, p. 371. 189^e.

pour faire le diagnostic, on pourra se baser sur les considérations suivantes : un rein mobile, qui a contracté des adhérences avec les organes de l'abdomen et s'est fixé en un point, a dû *flotter* le plus souvent pendant des années et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'il a pu contracter ces adhérences qui l'immobilisent dans sa nouvelle position. Le malade a pu avoir conscience de ces déplacements, il peut avoir senti comme *quelque chose qui se décrochait*, et cela pendant un temps plus ou moins long.

Les anamnestiques devront donc être fouillés avec un soin minutieux et le clinicien ne devra rien négliger pour éclairer son diagnostic.

Il ne faudra pas oublier que le rein mobile est plus souvent à droite, que le rein ectopié est au contraire plus fréquent à gauche.

Les efforts, les contusions de la région rénale, l'abus du corset qui peuvent provoquer le déplacement du rein, de même que les grossesses et l'amaigrissement rapide, pourront servir également à différencier les deux affections.

L'ectopie du rein a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic et, même en admettant que l'anomalie soit reconnaissable dans un certain nombre de cas, on ne peut pas se mettre toujours à l'abri des surprises que ménage trop souvent la chirurgie abdominale.

C'est ainsi que M. Gouilloud (de Lyon) a fait le diagnostic de salpingite parenchymateuse ; Alsberg resta indécis entre deux hypothèses, celles d'un kyste parovarrien ou d'un hydrosalpinx. Dans d'autres cas, on

crut avoir affaire à un ganglion tuberculeux du mésentère (Depage), à une tumeur maligne de l'abdomen (Oliver). Enfin, Newmann, de Glasgow, diagnostiqua un abcès pérityphlique et Strübe un sarcome du testicule retenu. Dans ce dernier cas, le scrotum était vide et de ce même côté se trouvait une tumeur douloureuse qui n'était autre chose que le rein ectopié.

On pourrait esquisser le diagnostic différentiel du rein en ectopie avec les diverses affections qui se rencontrent dans l'abdomen ou le bassin. Mais, outre que cette étude serait fastidieuse, elle serait artificielle (nous ne possédons pas assez d'observations cliniques) et partant inutile et même nuisible.

Nous nous bornerons à résumer ce que Müllerheim (1) a dit sur la question.

Les tumeurs dépendant de l'ovaire seront différenciées, la plupart du temps, par leur pédicule utérin.

Les tumeurs développées dans les feuillets du ligament large présentent habituellement un plus grand diamètre transversal que le rein situé contre les parois du bassin.

La confusion serait, toujours pour le même auteur, beaucoup plus facile avec l'adénite pelvienne de Terrier et les tumeurs des trompes.

En somme, et pour nous résumer, rien n'est caractéristique dans la symptomatologie du rein ectopique ; mais l'on pourra et l'on devra même, dans certains cas, avoir recours à la laparotomie exploratrice qui lèvera tous les doutes.

(1) *Zeitschrift f. Geburtsh.*, XXXVI, p. 371. 1897.

Nous aurions voulu développer dans un chapitre distinct intitulé *Anatomie pathologique du rein ectopié* les deux propositions suivantes :

I. — Les lésions du rein ectopique sont-elles plus fréquentes ou moins fréquentes que celles du rein normalement situé?

II. — Quelles sont ces lésions?

Mais nous n'avons pu satisfaire à ce désir : les matériaux épars dans la littérature médicale ne sont pas encore assez nombreux. Espérons qu'un jour ces deux points seront élucidés!

CHAPITRE III.

TRAITEMENT.

INDICATIONS. — Dans quelles circonstances le chirurgien aura-t-il à intervenir? En d'autres termes quelles seront les indications opératoires?

Elles sont au nombre de deux principales :

I. — Le rein cause dans l'accouchement un obstacle à la progression de la partie fœtale qui tend à s'engager.

II. — Le rein occasionne des troubles douloureux, digestifs et généraux, d'une gravité extrême.

I. — L'étude du rein congénitalement fixé compliquant la grossesse ou l'accouchement, n'a pas le droit de nous arrêter. Son étude a été faite par le docteur Chapuis en 1896, dans une thèse très complète.

II. — Dans nombre de cas, l'ectopie n'occasionne aucun trouble, si léger soit-il; il est évident que dans ces conditions, même après avoir fait le diagnostic, le chirurgien n'interviendra d'aucune façon. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et, bien sou-

vent, certains symptômes sont assez accusés pour rendre aux malades leur vie intolérable. Il en est ainsi du symptôme douleur qui revêt quelquefois un caractère d'extrême gravité, à ce point que le patient, dans un état général souvent précaire, réclame lui-même très hautement une intervention.

Le chirurgien accèdera à son désir et il fera, croyons-nous, œuvre utile, ce qui est démontré par les observations de MM. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, d'Oliver, de Depage, d'Alsberg.

Mais quelle sera cette intervention.

Groupons les faits en deux faisceaux différents :

A. — *Le diagnostic est fait d'avance ;*

B. — *Le diagnostic n'est pas fait d'avance.*

A) LE DIAGNOSTIC EST FAIT D'AVANCE.

Que fera le chirurgien ? Son intervention sera-t-elle destructive ou au contraire conservatrice ?

Sera-t-elle une néphrectomie ? sera-t-elle autre chose ?

Et d'abord n'oublions pas que cette intervention est surtout appelée à parer au symptôme douleur.

Il serait donc très intéressant, bien plus, il serait très utile de se faire une idée sur la pathogénie de cette douleur. Nous avons vu au chapitre des symptômes qu'elle ressemblait, à s'y méprendre, aux crises d'étranglement du rein mobile, et que ne pouvant s'expliquer par des phénomènes d'hydronéphrose intermittente, elle relevait probablement et uniquement de la seule congestion.

Cette hypothèse n'est pas seulement une vue de l'esprit, elle est confirmée par les faits et constatons,

dans l'observation inédite que nous publions, que la malade voyait à chaque crise le volume de sa tumeur augmenter.

Or, nous savons que le rein ectopié se trouve fréquemment au niveau de la symphyse sacro-iliaque, dans la concavité du sacrum ou à cheval sur le promontoire du sacrum, en partie dans le petit bassin, en partie dans la cavité abdominale, au niveau des dernières vertèbres lombaires, c'est-à-dire en contact direct avec des troncs nerveux sensitifs très importants, avec les plexus lombaire et sacré notamment.

L'érection du rein, pourrait-on dire, sous diverses influences congestionnantes, aura pour effet d'établir une contiguïté plus intime encore entre le rein et les conducteurs nerveux précités. Une névralgie très douloureuse en sera la conséquence et, comme cela est prouvé par l'observation, elle irradiera dans les organes génitaux externes et les membres inférieurs, si parmi les nerfs comprimés se trouve le génito-crural.

Une opération qui aura pour effet de soustraire le rein du contact trop intime des nerfs voisins, remplira donc les indications les plus pressantes.

Elle pourra consister, comme le fit M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, en un décollement du rein d'avec les plans sous-jacents et en sa fixation, au moyen de fils de catgut, dans une région un peu plus élevée, dans les plans de la région lombaire inférieure par exemple. Dans le cas de M. X. Delore, la fixation se fit aussi et surtout par granulation secondaire, la plaie ayant été pansée à plat.

Cette intervention, tout en supprimant les phénomènes douloureux, changea considérablement les conditions de la vascularisation du rein, en raison du décollement que subit l'organe.

Cette espèce de *néphropexie* du rein ectopique congénital semble surtout applicable au rein abdomino-pelvien et à plus forte raison au rein abdominal. Mais un malade ayant un rein enclavé complètement dans le bassin, que l'on ne pourrait remonter au-dessus des limites du détroit supérieur, retirerait-il beaucoup de bénéfices de cette intervention ? Nous n'en savons rien, car jamais la *néphropexie* spéciale que pratiqua M. X. Delore, pour la première fois, ne fut tentée une seconde et pour un rein pelvien.

A priori, cette opération dans le cas particulier nous semblerait, au contraire, contre-indiquée, comme ne pouvant suffisamment lever l'incarcération de l'organe. Il est difficile, en effet, de relever le rein de plus de 1 ou 2 centimètres. De plus, la fixation serait excessivement difficile à faire.

La *néphropexie* doit être tentée le plus souvent que l'on pourra, on n'aura recours à la *néphrectomie* qu'à la dernière extrémité.

Les indications les plus générales de la *néphrectomie* sont, croyons-nous, les trois suivantes :

1°.) Le rein étant situé trop bas, trop profondément dans la cavité pelvienne, la *néphrorrhaphie* n'a pu lui être appliquée.

2°.) Il pourrait arriver que la *néphrorrhaphie* fut insuffisante, qu'elle n'eut pas rempli les espérances que fondait sur elle le chirurgien. Les douleurs après

l'intervention conservent la même intensité ou bien encore elles ont cédé pour réapparaître au bout d'un temps plus ou moins long avec la même opiniâtreté. Le malade, dans ces conditions, ne pourra plus guère être soulagé que par une mutilation radicale, que par l'extirpation de l'organe ectopié.

3°. Le parenchyme rénal est profondément altéré, par un néoplasme malin par exemple. La néphrorrhaphie dans ce cas n'aurait plus aucune indication et la néphrectomie reprendrait tous ses droits.

Cette néphrectomie pourra se faire par deux voies différentes. De même qu'un utérus pourra être extirpé par l'abdomen ou par le vagin, de même un rein ectopié chez la femme sera susceptible, d'être enlevé par une néphrectomie abdominale ou par une néphrectomie vaginale.

a) La néphrectomie vaginale a été faite par certains gynécologistes américains, Sinclair (1) et Gragin (2), pendant l'accouchement.

Gragin la décrit sommairement de la façon suivante : il fit une incision dans le cul-de-sac postérieur du vagin, reconnut que la tumeur à laquelle il avait affaire n'était autre que le rein, saisit les vaisseaux du rein et l'uretère avec de longues pinces et les lia après avoir fait l'extirpation de l'organe.

Les suites de cette opération, comme d'ailleurs de celle de Sinclair également, furent des plus simples. Les femmes accouchèrent facilement et guérirent.

(1) SINCLAIR. *Méd. News*, 9 july 1893, p. 56.

(2) GRAGIN. *Journ. of Obstetric*, juillet 1893.

Chez l'homme, un rein ectopique trop bas situé pour être enlevé par l'abdomen, pourrait l'être par une taille périnéale.

b) Pour ce qui concerne la néphrectomie abdominale, nous considérerons deux cas bien différents, croyons-nous, au point de vue opératoire.

1°. Il s'agit des formes abdomino-pelvienne ou pelvienne.

2°. Il s'agit de la forme abdominale.

1°. Dans le premier cas qui nous occupe, la néphrectomie devra être transpéritonéale. Elle ressemblera aux interventions pratiquées journellement sur les organes pelviens.

Le ou la malade étant placé dans la position de Trendelenbourg, on incise, sur la ligne ombilico-pelvienne, tous les plans de la paroi abdominale antérieure y compris le péritoine. Ces divers plans sont repérés avec des pinces. A ce moment les anses intestinales tendent à faire hernie à travers la boutonnière de l'incision, elles sont alors protégées et refoulées sous la concavité du diaphragme à l'aide de compresses. De cette façon, la cavité péritonéale est sûrement protégée et les anses intestinales ayant complètement évacué le bassin, un grand jour s'est fait du côté de cette excavation, ce qui permet au chirurgien d'opérer à l'aise. L'extirpation du rein en ectopie pourra alors se faire, imaginons-nous, avec assez de facilité.

2°. Le rein est abdominal. On pourra alors avoir recours aux diverses sortes de néphrectomies lombaire, transpéritonéale ou parapéritonéale.

Ce n'est pas ici le lieu de rééditer les discussions classiques relatives à la valeur de ces méthodes.

Nous pensons que, dans l'espèce, la néphrectomie parapéritonéale, telle que la comprend M. le Professeur Poncet, pourra rendre de grands services. Que l'on nous permette, à ce propos, de citer les lignes suivantes écrites par M. Rivière (1). L'auteur avait, il est vrai, seulement en vue le rein normalement situé, mais ce qu'il dit est aussi applicable au rein ectopique abdominal qui n'est abaissé que de quelques centimètres.

« Pour M. le Professeur Poncet, on doit préférer la voie latérale extrapéritonéale proposée par Trélat (Société de Chirurgie, 1885). En effet, ainsi que l'a montré M. le Professeur-agrégé Jaboulay, dans la thèse de Guillaud (1889), ces incisions parapéritonéales réunissent tous les avantages. Mais il ne faut pas, comme le voulait d'abord Trélat, faire l'incision le long du bord externe du grand droit où le péritoine est très adhérent. Il faut la faire dans la *zone décortiquable*, c'est-à-dire beaucoup plus en dehors et sectionner les trois muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. On peut ainsi rester en dehors du péritoine : on a le rein sous les yeux (on peut, par conséquent, modifier l'intervention au dernier moment). Cette opération est élégante et simple. La néphrectomie, ainsi comprise, donne plus de jour que la néphrectomie lombaire, car, à cause de l'épaisseur des masses musculaires, on opère au fond d'un véritable tunnel.

(1) *Lyon Médical*, 1 92, t. LXIX, p. 291.

» Quant à la néphrectomie transpéritonéale, elle fait moins bien voir le rein et son hile, qui sont recouverts par les organes splanchniques.

« De plus, elle lèse le péritoine et si, actuellement, sous le couvert de l'antisepsie, nous ne devons plus avoir de cette séreuse une peur exagérée, il faut du moins lui conserver un certain respect. »

Mais quand on se propose d'extirper un rein, il est de toute nécessité de s'assurer que l'autre suffit à la fonction. Beaucoup de malades sont morts parce que cette recherche n'avait pas été faite ; ils n'avaient qu'un rein unique ou bien le second était incapable de fonctionner d'une façon efficace.

Ceci a surtout une importance extrême dans l'ectopie congénitale ; dans ce cas, les anomalies sont fréquentes et il se pourrait que le rein ectopié fut unique ou que l'organe que l'on se propose d'enlever fut un rein double abaissé, en brioche ou en fer à cheval.

De nombreux moyens sont mis à la disposition du chirurgien pour lui permettre de résoudre ce problème d'une importance capitale.

Citons-les, sans plus insister :

- 1°. Percussion simple ou après lavement gazeux (Naunynn et Minkowsky) ;
- 2°. Phonendoscopie (Bianchi) ;
- 3°. Examen chimique des urines (Israël) ;
- 4°. Epreuve de la perméabilité rénale (Achard et Castaigne et Professeur Lépine) ;
- 5°. Cathétérisme urétérique (Guyon et Albarran) ;
- 6°. Expression alternative des deux reins après cathétérisme vésical (Doyon).

B) LE DIAGNOSTIC N'EST PAS FAIT D'AVANCE.

Le diagnostic n'est pas fait d'avance ou bien l'ectopie du rein a été prise pour une autre affection. Les douleurs sont intenses. Le doute du chirurgien ou même son erreur ne doivent pas être préjudiciables au malade. Il faut intervenir.

Une *laparotomie exploratrice* sera pratiquée. C'est d'ailleurs la règle qu'ont suivie la plupart des chirurgiens en pareille occurrence.

Cette intervention, en somme peu redoutable avec les moyens dont dispose l'art actuel, est grandement légitimée par l'intensité des douleurs qui rendent la vie du patient insupportable.

Après ce premier temps opératoire, on arrive sur le rein qui devra être soigneusement décortiqué. A ce moment, le doute ne saurait plus exister ; il s'agit bien du rein, sa consistance et sa couleur, sinon sa forme, sont typiques.

Mais il ne suffit pas bien souvent de reconnaître le rein, il faut se rendre compte de l'état de son parenchyme. La palpation dans la plaie remplira cette indication.

Une question se pose ici : faut-il faire l'incision du rein ?

La bénignité de la néphrotomie a été démontrée par des faits nombreux (1) et elle se pratique maintenant d'une façon journalière en chirurgie rénale ; elle apporte au diagnostic un appoint considérable.

(1) Congrès de chirurgie. — Paris, 1898. Rapport GUYON et ALBARRAN, et discussion.

Mais le chirurgien, arrivé par une laparotomie exploratrice sur un rein congénitalement fixé, doit-il la faire ?

La néphrotomie semble évidemment un temps opératoire très rationnel, mais il ne faut pas oublier que les pédicules vasculaires sont très fréquemment multiples, que le hile n'existe plus et que l'entrée des vaisseaux dans le rein est excentrique.

Nous croyons que dans le plus grand nombre des cas, l'incision rénale ne pourra se faire ; si cependant elle semblait indiquée, il faudrait au préalable être fixé très minutieusement sur le mode de vascularisation de l'organe ; de cette façon, on s'éviterait la surprise désagréable de voir la néphrotomie d'un rein sain devenir une néphrectomie nécessaire.

L'incision rénale ayant ou n'ayant pas été faite, que convient-il ensuite de faire ?

Nous rentrons dans la question débattue au paragraphe précédent.

OBSERVATIONS.

§ 1^{er}. — OBSERVATIONS ANATOMIQUES.

A. — **Forme pelvienne.**

OBSERVATION I. (Müllerheim.)

(Forme pelvienne, variété homolatérale.)

Découverte fortuite à l'autopsie d'une femme morte d'apoplexie. La position du rein répond à la partie supérieure de la moitié gauche du sacrum, sur laquelle l'organe est appliqué étroitement dans toute son étendue. En haut, l'organe ne remonte pas jusqu'à la région du promontoire. Il a une forme oblongue de haut en bas. Plus grand que normalement. Il a repoussé l'utérus à droite et modifié par cette pression la forme de celui-ci, de telle façon que la face postérieure de l'utérus est aplatie, ce qui le fait ressembler à la quille d'un navire.

Le rectum est déplacé vers la droite et l'anse sigmoïde fait défaut.

Les annexes et la vessie sont normales. Le péritoine du petit bassin est comme vernissé et ne présente pas de trace d'inflammation antérieure.

Nous avons affaire à une anomalie de position du rein non à un rein mobile, pour trois raisons : 1^o fixation de l'organe en l'absence de traces d'inflammation ; 2^o ordonnance des vaisseaux ; 3^o brièveté de l'uretère. L'artère rénale provient directement de la partie supérieure de la bifurcation de l'aorte au-dessus de l'iliaque primitive gauche, elle se divise en trois, et envoie de ces trois branches, une au pôle supérieure et les deux autres au bord externe du rein ; aucune branche n'arrive au hile.

La veine rénale gauche présente une anomalie, sortant du rein pelvien, elle se rend directement dans la veine rénale droite située au-dessus.

L'uretère est très court.

La capsule surrénale est située plus bas que normalement, mais néanmoins très éloignée du rein.

Le rein droit est situé à peu près à sa place normale, il est un peu plus petit que normalement et multilobé.

Il est impossible de dire si cette anomalie a incommodé pendant la vie. Aucune anamnèse ne fut possible, la malade ayant été amenée pour apoplexie.

OBSERVATION II. (Pacoud.)

(Forme pelvienne, variété médiane.)

Déplacement curieux du rein trouvé chez un homme de 50 ans et décrit par Pacoud. C'était le rein gauche seul qui se trouvait dans une position anormale. Il était placé dans l'excavation du petit bassin, derrière la vessie, à côté du rectum qui s'était porté un peu à droite et devant la partie antérieure et concave du sacrum. Recouvert par le péritoine, ce rein était plongé dans une masse de tissu cellulaire dont les lames, assez compactes, formaient là comme deux brides ligamenteuses qui l'attachaient au sacrum. Cette position avait singulièrement influé sur la forme de l'organe aussi bien que sur la distribution de ses vaisseaux. Il était triangulaire, donnant naissance à une seule veine et recevant trois artères dont l'une venait de la bifurcation de l'aorte et chacune des deux autres de l'hypogastrique.

Les viscères et vaisseaux abdominaux du même individu présentaient différentes irrégularités : ainsi la vésicule séminale du côté gauche manquait, la glande prostate était singu-

lièrement diminuée, et les artères abdominales avaient aussi souffert certaines déviations. Pacoud n'a pas trouvé des capsules surrénales.

Dans cette observation de Pacoud, on remarquera la coexistence avec le rein ectopique d'anomalies des organes génitaux internes mâles.

B. — **Forme abdomino-pelvienne.**

OBSERVATION III. (Liégeois.)

(Variété homolatérale.)

Rein gauche situé sur le détroit supérieur, au niveau de l'articulation sacro-iliaque. En rapport en avant avec le péritoine, la trompe et l'ovaire qui, par suite d'adhérences dues à de la péritonite locale, se sont appliquées au feuillet pariétal du péritoine. L'uretère, arrive à 5 centimètres environ du bord interne du rein, se divise en 2 canaux secondaires, ceux-ci se subdivisent en canaux multiples, dont les inférieurs, au nombre de 7 à 8, vont embrasser les papilles placées dans une dépression ovale de la face antérieure du rein. Les supérieurs se divisent en 3-4 canaux, qui vont embrasser les papilles placées superficiellement et correspondant à la partie supérieure de la face antérieure.

2 artères : une au-dessus de la bifurcation de l'aorte, une autre de la bifurcation elle-même.

Une seule veine.

Le rectum est à droite.

OBSERVATION IV. (Cottin.)

(Forme homolatérale.)

Cadavre d'un vieillard de 71 ans. Rein situé dans l'excavation du petit bassin, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, un peu au-dessous de la bifurcation de l'aorte. Il est enve-

loppé par une couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale, en arrière de la vessie, à gauche du rectum, refoulé en dehors de la ligne médiane.

Forme triangulaire.

4 artères : 2 de l'iliaque primitive droite ; 1 de l'hypogastrique gauche ; 1 de la honteuse interne gauche.

OBSERVATION V. (Paterson.)

(Variété médiane.)

Préparation dans laquelle le rein droit est déplacé, couché entre les iliaques primitives sur les 4^e et 5^e vertèbres lombaires et se projetant en bas, en avant du promontoire.

Hile placé sur la face antérieure.

Anomalie de nombre des vaisseaux des deux reins.

OBSERVATION VI. (Eugène Latruffe.)

Chez une fillette de 10 ans, morte de granule dans le service du docteur Josias, il existe un déplacement congénital du rein gauche. Celui-ci se trouvait en avant de la symphyse sacro-iliaque gauche, à cheval sur le détroit supérieur, en contact direct avec le squelette du bassin. Son extrémité supérieure répond à la face antérieure du corps de la 4^e vertèbre lombaire, son extrémité inférieure, déjetée à gauche, répond à la paroi de l'excavation, en contact avec l'aponévrose de l'obturateur interne et en regard de la partie moyenne du sacrum.

Ce rein présente une courbure fortement concave en arrière, résultant de son accollement au squelette. Le péritoine pelvien le recouvre dans toute l'étendue de sa face antérieure.

Par l'intermédiaire du péritoine, le rein ectopié est en rapport en avant avec l'ovaire qui répond à sa partie moyenne et au-dessus de lui avec la trompe. Quant au colon ilio-

pelvien, il décrit, au-dessus de lui, une anse à concavité inférieure ; le rectum, qui commence au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, longe le bord droit du rein déplacé. L'incision du péritoine qui le recouvre permet d'observer nettement plusieurs particularités intéressantes, relativement à l'orientation du rein ectopié et à son mode de vascularisation ; on constate, en effet, que l'atmosphère cellulo-graisseuse fait à peu près totalement défaut ; cette absence ne pourrait être mise sur le compte de l'émaciation du sujet, car la capsule adipeuse existe autour du rein droit qui n'est pas déplacé. Du côté gauche, elle est réduite à un amas insignifiant qui coiffe l'extrémité supérieure de l'organe.

Le bord convexe est ici le bord interne. Le hile occupe le bord externe ou concave, en empiétant un peu sur la face antérieure de l'organe. Considéré dans ses rapports avec le squelette, le hile correspond à la partie la plus reculée de la ligne innominée.

Les organes qui le constituent sont placés dans l'ordre suivant : l'uretère qui occupe la partie antérieure, vient ensuite la veine, enfin les artères. La situation du hile vers le bord externe, l'interversion de l'ordre normal des organes qui le composent, semblent résulter d'un mouvement de rotation de l'organe, mouvement en raison duquel la face postérieure est devenue antérieure et réciproquement.

Le mode d'origine des vaisseaux présente les particularités suivantes : la veine, avant d'entrer dans le sinus qu'elle atteint par son extrémité supérieure, se divise en deux branches : l'une très courte qui pénètre aussitôt dans le sinus, l'autre descend pour atteindre l'extrémité inférieure du hile où elle plonge. Cette veine se rend à la veine primitive iliaque droite. Au-dessus d'elle, et sur le même plan, se trouve une artère de faible calibre qui se détache de l'iliaque primitive gauche à un 1/2 centimètre au dessous de la bifurcation de l'aorte.

Quant aux artères principales elles sont au nombre de deux, elles se détachent séparément de l'hypogastrique gauche. L'artère iliaque primitive gauche est d'un volume considérable, le double environ de celle du côté opposé. Tous les vaisseaux, qui parviennent au rein, situés à leur origine en arrière de l'organe, contournent son bord externe pour atteindre le sinus.

On constate encore que le rein reçoit d'autres vaisseaux :

1°. Une artère de fin calibre qui l'aborde par son extrémité supérieure, le suspendant en quelque sorte à la bifurcation de l'aorte d'où elle provient. Cette artère, accompagnée d'une veine qui aboutit à la veine iliaque primitive gauche, est longue de 15 millimètres.

2°. Une autre petite artère, qui aborde le rein par sa face postérieure tout près de son bord interne ou convexe, se détache également de l'aorte au niveau de sa bifurcation, mais en arrière de la précédente. Ces deux artères représentent une sorte de dédoublement de l'artère sacrée moyenne. La seconde est également accompagnée d'une veine qui se rend dans la veine hypogastrique droite après avoir reçu sur la partie moyenne de son trajet la veine utéro-ovarienne gauche.

Après avoir enlevé le rein et remarqué qu'il adhère à la face antérieure du sacrum par l'intermédiaire d'une couche de tissu cellulo-adipeux peu abondant, mais très serré, on remarque que la face postérieure repose sur les branches d'origine du plexus sacré.

La forme générale du rein ectopié est à peu près normale. Sa moitié supérieure va en s'amincissant et se termine par un sommet effilé. Son poids est de 35 grammes, c'est-à-dire de 20 grammes inférieur à celui du rein droit normalement placé.

L'uretère correspondant est plus court et notamment plus large que l'uretère droit. Celui-ci mesure 17 cent. ; l'uretère gauche atteint seulement 10 cent. 1/2. En revanche son

calibre atteint le double de celui de l'uretère normal. Son trajet offre peu de particularités. Après avoir longé la partie antéro-interne des vaisseaux hypogastriques gauches, il gagne la partie inférieure du ligament large où son trajet, de même que sa terminaison dans la vessie, n'offre rien d'anormal.

Comme dans tous les cas analogues, la capsule surrénale occupe sa place normale.

OBSERVATION VII. (Martin Saint-Ange.)

(Variété médiane.)

Enfant du sexe masculin, petit, né avant terme, et âgé de 2 jours au moment de la mort.

Rein gauche en partie dans l'excavation du bassin en rapport par sa face postérieure avec la dernière vertèbre lombaire et la face antérieure et supérieure du sacrum. Sa face antérieure était cachée par le péritoine qui la recouvrait immédiatement et par le rectum qui la traversait à sa partie supérieure.

Bord interne concave, bord externe convexe, côtoyé par l'artère iliaque primitive. Le sommet du rein se trouvait dans l'angle des deux iliaques primitives.

L'artère rénale gauche naissait de la partie antérieure supérieure et interne de l'iliaque primitive.

OBSERVATION VIII. (William Sheen.)

(Variété homolatérale.)

Un homme de 50 ans, prostatique, mourut d'érysipèle et de gangrène une semaine après son admission.

Le rein gauche à l'autopsie ne fut pas trouvé à sa place normale, il était couché sur l'iliaque primitive gauche. Il était fixé dans sa position et était en rapport avec les quatrième

et cinquième vertèbres lombaires et avec le promontoire. La capsule surrénale droite et le rein droit avaient leur position normale.

Le rein gauche était plus petit, plus rond, plus aplati que normalement. Son extrémité supérieure atteignait à un demi pouce de la bifurcation de l'aorte. Son axe le plus grand était de 3 pouces $1/2$, sa largeur de 2 $1/2$, son épaisseur de 1.

Pas de hile, mais à sa face antérieure dépression d'où naissait l'uretère.

Trois artères : la première provient de la bifurcation de l'aorte. la deuxième de la face antérieure de l'aorte, un pouce au-dessus de la bifurcation, la troisième de l'iliaque interne. Veines multiples, dont l'une se jette dans la veine petite azygote.

OBSERVATION IX. (Pochon.)

(Variété abdomino-pelvienne soudée.)

Les deux reins sont réunis en un seul par déplacement du rein gauche. La partie qui représente le rein droit était située sur le cadavre à sa place normale, légèrement abaissée. La partie gauche au contraire croisant obliquement la colonne vertébrale plongeait dans le bassin.

Par son étendue, sa forme et la présence de deux uretères, cette pièce ne peut être considérée comme un rein unique. Bien que s'en rapprochant dans les grandes lignes, elle ne représente pas cependant la forme classique du rein en fer à cheval, elle s'en distingue par sa disposition et la répartition des vaisseaux.

Ici, les deux reins forment un angle légèrement obtus ouvert en haut et à gauche. Toute la partie supérieure du rein droit a conservé sa forme normale, le bassinnet cependant répond à la description classique et s'insère verticalement. Il en est autrement du bassinnet gauche qui s'insère transversale-

ment par deux branches. Cette disposition prouve que le rein gauche, non seulement s'est déplacé, mais a subi un mouvement de rotation d'après lequel son bord interne est devenu supérieur, tandis que son extrémité supérieure se portait en dedans.

Cette anomalie de l'uretère est accompagnée de nombreuses anomalies de vascularisation.

OBSERVATION X. (Appert.)

(Forme abdomino-pelvienne. — Anomalie pulmonaire.)

Cas d'anomalie congénitale de situation, trouvée à l'autopsie d'un alcoolique, mort de pneumonie. Le rein gauche est à sa place normale ; le rein droit est en ectopie pelvienne, devant le promontoire. Le cadavre présente une autre malformation : le poumon droit est divisé en quatre lobes.

OBSERVATION XI (*inédite.*)

Due à l'obligeance de M. CARREL-BILLARD, prosecteur
à la Faculté de médecine de Lyon.

(Variété homolatérale)

Femme d'environ 60 ans. Salle de dissection A. Aucun renseignement sur les antécédents de cette femme qui est morte de pleurésie purulente.

Le rein gauche, de structure normale, se trouve à sa place habituelle.

Le rein droit est en ectopie congénitale abdomino-pelvienne : il doit être étudié au point de vue de sa situation et de ses rapports, de sa circulation et surtout de sa conformation qui est très intéressante.

Ce rein est appliqué au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Son volume est normal. Sa forme est un ovoïde aplati

dans le sens antéro-postérieur. Il présente donc deux faces : l'une antérieure, l'autre postérieure.

La face postérieure par sa partie moyenne entre en rapports avec le détroit supérieur. Elle est appliquée sur les vaisseaux iliaques primitifs. Sa face antérieure est divisée en deux lobes : supérieur et inférieur par un sillon transversal ; elle est recouverte par le péritoine.

Le pôle supérieur se trouve dans l'abdomen, le pôle inférieur dans le bassin.

Quant aux vaisseaux, ils sont remarquables par leur siège et leur multiplicité.

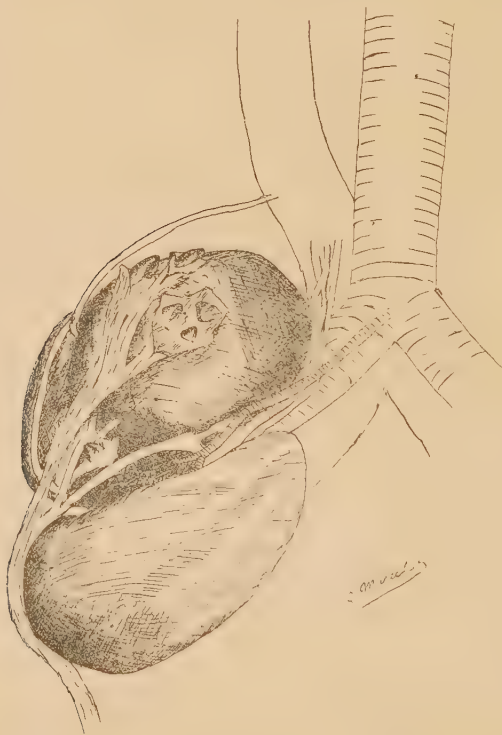
La face postérieure reçoit une artère très volumineuse de l'iliaque primitive. Cette artère a les dimensions de l'artère rénale avant sa division. Une autre artère de calibre moindre s'échappe de l'aorte un peu au-dessus de sa bifurcation et aborde le rein par sa face antérieure.

Le système veineux est plus développé. Deux grosses veines s'échappent du sillon interlobaire, montent obliquement en haut et en dedans pour se jeter dans la veine cave, au voisinage de son extrémité inférieure. Deux autres abordent le rein par sa partie interne. Une cinquième naît du lobe inférieur, au niveau du sillon et forme une véritable arcade, embrassant dans sa concavité les bords inférieur, externe et supérieur du lobe supérieur.

La disposition de l'appareil excréteur de l'urine est très anormale. L'uretère, qui présente son aspect habituel, aborde le rein par son pôle inférieur et se divise presque immédiatement en plusieurs grands calices. Le fassinet n'existe pas. Les calices peuvent être divisés en deux groupes : le premier ou groupe inférieur se rend au sillon transverse et paraît résumer la circulation urinaire du lobe inférieur du rein.

Le groupe supérieur, composé de cinq branches divergentes recouvre toute la face antérieure du lobe supérieur. Lorsqu'on

incise ces calices on voit qu'ils aboutissent à des pyramides de Malpighi, dont les extrémités sont représentées sur la figure ci-jointe. Il existe donc une disposition absolument contraire à la disposition habituelle, puisque les origines de l'uretère, au lieu de se cacher dans le hile, s'implantent au contraire sur la surface du rein. La base des pyramides de Malpighi est



habituellement périphérique; elle est centrale dans notre cas, et les produits de sécrétion se déversent à la surface du lobe supérieur.

Tout se passe donc pour ce lobe supérieur, comme si on avait retourné le rein à la façon d'un doigt de gant, étalant ainsi à la face extérieure les éléments contenus normalement dans le hile.

C. — **Forme abdominale.**

OBSERVATION XII. (U. Rossi.)

(Variété hétérolatérale.)

Jeune homme, bien conformé. A la vue, les deux reins semblent situés à droite de la colonne, l'un au-dessus de l'autre, indépendants et séparés par du tissu conjonctif. La portion supérieure a une forme et une position identiques à celles d'un rein normal. Diamètre horizontal, 7 centimètres. Diamètre vertical, 14 centimètres. La portion inférieure se présente légèrement allongée sur le muscle psoas, étendue de la 3^e à la 5^e vertèbre lombaire. Diamètre vertical : 10 centimètre ; diamètre transversal : 7 centimètres.

Les deux portions sont pourvues de bassinets peu développés. L'uretère d'en haut débouche dans le bassinot inférieur. Par conséquent, un seul uretère pénètre dans la vessie. A la portion inférieure, vont deux artères : l'une naît de l'aorte à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation, se dirige à droite et en bas, décrivant une courbe et pénètre dans la partie supérieure par le bord interne ; l'autre artère, de calibre moyen, passe à la face postérieure de la portion inférieure, s'insinue dans un sillon et, décrivant une concavité inférieure, rejoint le bord gauche et pénètre dans le parenchyme.

Deux veines naissent aux points d'entrée des artères. Un tronc antérieur et inférieur se dirige en haut et à gauche, passe sous l'artère iliaque primitive gauche et va déboucher dans la veine iliaque gauche. L'autre tronc postérieur et inférieur va se jeter dans la veine cave inférieure.

Bifurcation de l'aorte au niveau de la troisième lombaire. Bifurcation de l'artère iliaque primitive droite au niveau du

promontoire. Bifurcation de la gauche au niveau de la cinquième vertèbre lombaire.

Je ne puis rien dire au sujet des rapports intestinaux et des capsules.

OBSERVATION XIII. (Robert Schuetz.)

(Variété hétérolatérale.)

Malade atteinte de méningite cérébro-spinale chez laquelle on avait constaté de son vivant une tumeur immobile présentant le volume et la forme d'un rein et située à gauche de la colonne vertébrale. On avait porté le diagnostic d'ectopie rénale gauche avec fixation de l'organe par des adhérences péritonéales. L'autopsie montra cependant que la tumeur en question ne correspondait point au rein gauche, lequel se trouvait à sa place normale, mais bien au rein droit ectopié congénitalement. Cet organe était situé à gauche de la racine ou bord étroit du mésentère, le hile tourné à gauche. L'uretère croisait la colonne vertébrale pour venir s'aboucher dans la vessie, à l'endroit normal. L'artère rénale droite quittait l'aorte un peu plus bas que l'artère mésentérique inférieure ; quant aux veines, il en existait trois, dont la première s'anastomosait avec la veine émulgente gauche, tandis que la deuxième se jetait immédiatement dans la veine cave ; et la troisième dans la veine spermatique gauche. La capsule surrénale droite occupait sa situation normale.

OBSERVATION XIV. (Schwalbe.)

(Variété médiane.)

Homme de 28 ans, dont le rein gauche était normal à tous égards, tandis que le rein droit était placé devant les quatrième et cinquième vertèbres lombaires, sur la ligne médiane que le

bord gauche dépassait de 1 centimètre environ. Ce rein droit est privé de hile. L'uretère prend naissance sur sa face antérieure en trois points différents. Le rein droit reçoit deux artères qui prennent naissance sur l'aorte au niveau de la bifurcation de celle-ci.

OBSERVATION XV. (Roberts.)

(Variété médiane.)

Le rein gauche était couché sur les quatrième et cinquième vertèbres lombaires et le plus grand diamètre transversal était long de trois pouces. Le rein était divisé en deux lobes sur une fissure courant à sa face antérieure presque verticalement. L'uretère était double, une branche venant de chaque lobe.

OBSERVATION XVI. (U. Rossi.)

(Variété homolatérale.)

U. M..., âgé de 54 ans. Rein gauche normal quant à la position. Il mesure dans le diamètre vertical 14 centimètres ; dans le diamètre horizontal, 7 centimètres. Extrémité supérieure plus élargie que l'inférieure. Hile correspondant au tiers interne de la face antérieure. Artères et veines normales.

Le rein droit a la forme d'un ovale. Il est situé dans la fosse iliaque droite, appuyé au psoas et correspond par ses extrémités aux troisième et cinquième vertèbres lombaires. Diamètre vertical : 9 centimètres ; diamètre horizontal : cinq centimètres et demi. Face postérieure lisse. Face antérieure couverte de sillons ; parmi ceux-ci, deux sont distincts : un supérieur, un inférieur. Ils vont d'un bout à l'autre et semblent donner lieu à deux lobes. Correspondant aux deux lobes, on observe deux petits bassinets. Le supérieur se continue par un uretère qui va aboutir dans le bassinnet inférieur, duquel

part un uretère normal : quatre artères vont au rein venant des faces antérieures et latérales de l'aorte. L'une va à la partie inférieure de la face antérieure, les trois autres vont à la face postérieure.

Quatre veines en sortent : trois à la face postérieure. L'autre sort de la face antérieure, croise l'artère iliaque primitive droite et se jette dans la veine iliaque gauche.

L'artère sacrée moyenne existe. L'aorte se divise à un niveau plus élevé que normalement.

OBSERVATION XVII. (U. Rossi.)

(Variété homolatérale.)

L. M..., 38 ans, morte de pneumonie double. A droite, rein normal pour la forme, le volume, la position. Rein gauche dans la fosse iliaque. Bord convexe répond au bord interne du psoas. Diamètre vertical : 11 centimètres ; diamètre horizontal dans la partie moyenne : 7 centimètres. Face postérieure lisse et régulière. Face antérieure divisée en trois parties, par deux sillons. Le bassinnet est divisé et ses deux branches sortent du rein au niveau des sillons.

Extrémité inférieure du rein bien arrondie, la supérieure est pointue. Deux artères et deux veines. Une artère naît au point de bifurcation de l'aorte, présente un diamètre de cinq millimètres et, après un parcours de six centimètres et demi pénètre dans l'organe. L'autre artère se détache à deux centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte, trajet oblique, pénètre dans le rein par sa face antérieure.

Une veine naît du bord interne et, parallèle à la première artère décrite, va se jeter dans la veine iliaque gauche. L'autre naît par deux branches de la face antérieure. Après leur jonction, le tronc se dirige en haut et va dans la veine capsulaire.

Capsule surrénale gauche à sa place normale.

D. — Ectopie bilatérale.

OBSERVATION XVIII. (U. Rossi.)

E. B..., 60 ans, portefaix, mort de pneumonie. Les deux reins dans les fosses iliaques. Le droit est situé un peu plus haut, il dépasse de un travers de doigt la partie postérieure de la crête iliaque. Longueur : 8 centimètres ; largeur 7 centim. 1/2. Le gauche est au niveau de la crête iliaque, il a des diamètres égaux. Je ne puis parler de leurs rapports avec la masse intestinale, parce que celle-ci était déjà enlevée quand je fus appelé à observer le cas.

Au rein droit, le hile correspond au centre de la face antérieure et se prolonge jusqu'au bord interne. Dans le gauche, il se trouve plus près des bords interne et supérieur et est allongé dans le sens vertical.

L'aorte se bifurque au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. L'artère iliaque droite descend en côtoyant la partie la plus basse du bord interne du rein ; la gauche est recouverte directement par le rein. En avant, au niveau de la bifurcation de l'aorte, naît un tronc long de deux centimètres qui descend et se bifurque en T, le rameau droit, un peu oblique en haut, pénètre dans le hile du rein correspondant ; l'autre, plus horizontal, pénètre dans le gauche, au niveau du bord interne et en son milieu. L'artère sacrée moyenne naît à sa place accoutumée. La veine cave correspond au bord interne du rein droit qui la recouvre un peu. Le même rapport se retrouve pour la veine iliaque droite qui est en arrière et légèrement en dehors de l'artère.

Des deux reins sortent deux veines parallèles aux artères, elles forment un petit tronc qui va se jeter dans la veine iliaque primitive gauche. Les rameaux veineux principaux sont représentés pour le rein droit par une grosse veine qui part de la

partie supérieure du hile et va se jeter dans la veine cave inférieure et pour le rein gauche par deux veines qui, après un parcourt de 8 centimètres, forment un seul vaisseau qui va se jeter dans la veine cave, plus haut que la précédente. Uretères normaux.

OBSERVATION XIX. (Paul Poirier.)

Le rein droit est couché sur la moitié postérieure de la fosse iliaque du même côté. Son volume est normal. Le hile regarde directement en avant. Par ce hile on voit sortir le bassinet et une grosse veine longue de 7 centimètres qui remonte pour s'aboucher dans la veine cave, au niveau du disque qui sépare la deuxième de la troisième vertèbre lombaire. Aucun vaisseau artériel ne pénètre par ce hile. Six branches artérielles se détachent des artères voisines et vont pénétrer le parenchyme rénal en différents points de sa périphérie.

La première de ces branches se détache de l'aorte à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation de celle-ci et gagne le sommet du rein. Les trois suivantes naissent en bouquet de l'angle formé par l'aorte et l'iliaque primitive droite. Elles gagnent la partie postérieure du rein. La cinquième naît de l'aorte dans l'angle de bifurcation des deux iliaques. Enfin, la sixième, qui est volumineuse, naît de la bifurcation de l'iliaque primitive. De toutes les artères une seule est accompagnée par une veine.

Le rein gauche, beaucoup plus abaissé que le précédent, est situé dans l'excavation pelvienne, à peu près sur la ligne médiane ; il n'empiète guère que de deux centimètres sur le corps de la cinquième vertèbre lombaire. Il a comme le précédent une forme lobulée. Son hile est tourné directement en avant et donne passage au bassinet et à une veine volumineuse qui se rend dans la veine cave au même point que la veine iliaque primitive gauche.

Ce rein reçoit quatre artères. La plus élevée se détache de l'aorte au niveau de sa bifurcation. La deuxième naît dans l'angle même de la bifurcation de l'aorte ; la troisième se détache de la bifurcation de l'iliaque primitive. Enfin la quatrième, qui a un diamètre de deux millimètres, naît d'un tronc commun à l'ischiatique et à la honteuse interne.

OBSERVATION XX. (Lhuillier.)

(Fusion congénitale des deux reins au devant du sacrum.)

Femme de 43 ans. Morte d'un cancer de l'estomac. Masse charnue et brunâtre accolée à la paroi postérieure du bassin, reposant sur le coccyx et le ligament sacro-sciatique droit ; il s'agit de deux reins fusionnés. Face antérieure coupée en deux par un hile vertical très irrégulier. Plusieurs artères venant des utérines et des vésicales s'y enfonceant, une autre vient de l'iliaque primitive au niveau de la première vertèbre sacrée. Uretères très courts, pas de bassinnet, ce qui en tient lieu, c'est une division en quatre, cinq branches inégales, les deux uretères contournent le vagin.

Rectum porté à gauche, et, au-devant de lui, la matrice. Les parties génitales externes avaient une conformation normale. Le vagin, plus court que d'ordinaire, finissait brusquement. Le museau de tanche n'existe pas, on voit seulement de petits trous borgnes. Matrice ayant deux épanouissements latéraux : cœur de carte à jouer. La cavité utérine a environ 0^m,02. A sa partie supérieure, elle est divisée par une sorte de cloison qui touche la partie antérieure sans y adhérer. Trompes et ovaires normaux.

OBSERVATION XXI. (Cruveilhier.)

(Symphyse des 2 reins ectopiés.)

J'ai eu autrefois dans mon service une femme minée par la fièvre hectique dont je cherchais inutilement la cause soit dans le thorax soit dans l'abdomen. Elle mourut. A l'ouverture je trouvais les 2 reins réunis, occupant le petit bassin, derrière le rectum et débordant un peu le détroit supérieur. Le rein double contenait une grande quantité de pus qui s'était fait jour par le rectum.

§ II. — OBSERVATIONS CLINIQUES.

OBSERVATION XXII (*inédite.*)

Due à l'extrême obligeance de M. X. DELORE, chef de Clinique chirurgicale.

M. B... lingère, née à Saint-Etienne-sur-Chalaronne (Ain), entra le 22 janvier 1899 dans le service de M. le Professeur Poncet. Elle était âgée de 40 ans, avait eu un enfant à l'âge de 25 ans.

Ses antécédents étaient les suivants : à l'âge de 17 ans, elle s'était aperçue de l'existence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur qui, à certains intervalles, après les journées de fatigues surtout, déterminait quelques douleurs irradiées dans les membres inférieurs surtout à droite.

Cette tumeur, qui disparaissait par moments, n'avait pas attiré son attention autrement que par ces quelques phénomènes douloureux pendant 12 ou 15 ans, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 35 ans environ. Ces renseignements sont, du reste, assez vagues au sujet des antécédents lointains.

A cette époque, il y a quatre ou cinq ans, les douleurs devinrent plus vives. La malade fut obligée de garder le lit pour ce motif. Elles avaient le caractère des coliques néphré-

tiques avec irradiation dans les organes génitaux externes, s'accompagnaient d'augmentation de volume de la tumeur et étaient suivies, paraît-il, de l'émission d'une quantité d'urine au-dessus de la normale, tandis que pendant la crise il existait plutôt une diminution dans la quantité des urines émises.

La tumeur paraissait, du reste, rapprochée de la ligne médiane, située sur le côté droit et un peu au-dessous de l'ombilic ; sa mobilité était peu appréciable.

Dans les deux dernières années l'état général de la malade devint plus mauvais, tout travail avait été interrompu, en raison des douleurs. A deux ou trois reprises différentes elle avait vomi du sang. Comme elle était arrivée à un degré avancé de cachexie, en raison, d'autre part, des hématuries, de la constatation d'une tumeur péri-ombilicale, de l'absence d'hématuries et de signes évidents de tumeur rénale, on avait pu agiter entre autres diagnostics, celui de cancer de l'estomac propagé à l'épiploon.

Au moment de son entrée on constatait une tumeur arrondie du volume de deux poings, un peu au-dessous et à droite de l'ombilic. Cette tumeur, qui paraissait intra-abdominale, n'était pas mobile, ne donnait pas le signe de ballottement rénal. Elle faisait en avant une forte saillie à la façon des fibromes de la paroi abdominale. On sentait son extrémité inférieure par le toucher vaginal.

La quantité des urines était de 800 grammes par 24 heures, sans albumine.

La malade était très amaigrie, très cachectique et réclamait à tout prix une opération pour soulager ses douleurs. On pensa à un rein flottant, mais le diagnostic restant discutable on se proposa, tout d'abord, de l'éclaircir par une laparotomie exploratrice.

27 janvier 1899. Incision abdominale de 6 ou 8 centimètres sur la partie saillante de la tumeur (bord externe du muscle droit). M. Delore reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur

rénaie, siégant dans la fosse iliaque. L'incision est aussitôt refermée. On pratique alors l'incision de la néphrectomie parapéritonéale.

La face antérieure du rein est mise à nu. On constate que le pédicule vasculaire vient du détroit supérieur du bassin, sans qu'il soit possible de préciser exactement s'il prend son origine de l'aorte lombaire, dans sa partie inférieure ou d'une des artères iliaques. Il existe aussi un second pédicule externe qui traverse en diagonale la face antérieure du rein, se dirigeant vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette disposition empêche la mobilisation complète de la glande, dont le parenchyme a toutes les apparences d'un tissu normal.

Le décollement permet néanmoins de remonter le pôle supérieur du rein jusqu'à la crête iliaque où on le fixe par deux fils de catgut passés dans la plaie de la région lombaire. Auparavant le hile du rein était à cheval sur le détroit supérieur du bassin, mi-partie de l'organe au-dessus dans la fosse iliaque, mi-partie au-dessous, dans le bassin.

La plaie, après réunion partielle, est largement drainée.

Deux mois après, la malade guérie, ne souffrant plus, quitte l'hôpital, la plaie complètement cicatrisée. Pendant l'intervalle elle eut une pleurésie droite qui a laissé quelques adhérences à la base droite. Les troubles digestifs ont complètement disparu.

27 juin 1899. La malade est revue. Sa santé est excellente. Les douleurs n'ont plus reparu. Elle est définitivement guérie.

OBSERVATION XXIII.

(Clinique chirurgicale de M. le professeur PONCET.)

(M. NOVÉ-JOSSERAND. — Société des sciences médicales de Lyon, janvier 1892.)

Rein en ectopie congénitale chez un homme de 42 ans. C'est un rein droit ectopié sur la face antérieure de la colonne vertébrale, au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires.

Ce rein présente plusieurs anomalies : forme ovoïde avec disparition de la concavité normale du bord interne. Atrophie notable, il pèse 90 grammes, celui du côté opposé, qui est sain, pesant 125 grammes. Son hile, au lieu d'être situé en dedans et en arrière, se détache de la face antérieure. Il est constitué par deux artères rénales, venant l'une de l'aorte, l'origine de l'autre n'a pas été recherchée, une veine rénale et l'uretère qui paraît normal. Ces anomalies montrent bien qu'il ne s'agit pas d'un rein mobile, secondairement fixé dans une position anormale, mais bien d'une ectopie congénitale du rein.

Au point de vue clinique, le malade, porteur de ce rein, présentait un certain intérêt en ce que, depuis neuf ans, il ressentait des douleurs qui, dans ces derniers temps, étaient devenues extrêmement vives, au point d'entraîner la perte de l'appétit, de l'amaigrissement et une perte notable des forces. Ces douleurs survenaient par crises, ce qui avait fait penser à de l'hydronéphrose intermittente ; mais on n'avait trouvé aucune modification des urines. L'autopsie a montré qu'il n'y avait pas d'hydronéphrose et que rien dans l'état anatomique du rein ne paraissait pouvoir expliquer ces douleurs.

OBSERVATION XXIV.

(*British Medical Journal*, — OLIVER, 1898, t. I, p. 552.)

K. Wm..., âgé de 51 ans, mineur, fut admis à l'Infirmierie royale de Newcastle, se plaignant de céphalée et de manque d'appétit depuis sept ans et d'une douleur à la région stomacale et à la partie inférieure de la colonne vertébrale depuis deux mois. Rien à signaler dans l'histoire de la famille.

Pendant deux mois, taillant la houille au fonds du puits et travaillant dans une position courbée, il fut pris de douleurs violentes dans la région ombilicale, à ce point qu'un jour il perdit connaissance et resta étendu quelques instants à terre.

Il dut ce jour-là abandonner le travail. La douleur s'amende les jours suivants et ne l'inquiète plus qu'après les repas. Il eut fréquemment des nausées après cet accident, mais seulement au bout d'un mois, des vomissements. Il constate que dans les dernières semaines, il a maigri considérablement. Myxœdème très marqué. Il a le regard fatigué et la dépression morale si fréquemment observée chez les dyspeptiques. Sa langue est sâle. Organes thoraciques sains.

A l'inspection de l'abdomen, on observe une pulsation dans un rayon de deux pouces de diamètre, juste au-dessous de l'ombilic. On sent une masse ronde et dure, à bords assez lisses et à travers laquelle les pulsations aortiques sont transmises. La tumeur s'étend plutôt à droite qu'à gauche de l'aorte et se meut un peu de haut en bas, obéissant aux mouvements respiratoires. Elle est douloureuse à la pression profonde, mais indolente à la pression superficielle.

Quand le patient repose sur le dos, on perçoit à l'aide du stéthoscope et de préférence au-dessus ou au-dessous de la tumeur, un souffle systolique, il s'entend aussi dans la position assise, mais plus rude ; aucun souffle au cœur.

Aucun trouble vésical, l'urine est acide, elle ne contient ni albumine, ni sucre.

Le diagnostic ne fut jamais fait d'une façon très nette. Prenant en considération l'histoire de l'affection, la dyspepsie installée depuis longtemps, la douleur depuis peu, la présence dans l'abdomen d'une tumeur circonscrite presque sur la ligne médiane et obéissant aux mouvements respiratoires, l'âge du patient, son émaciation, il est juste de dire que la probabilité était pour une tumeur maligne, que rien ne nous permettait de localiser.

C'était en somme, un cas pour lequel il était évident que la médecine ne pouvait rien, sauf de légers palliatifs, et comme le patient, à cause de la douleur, était incapable de reprendre

son métier, nous nous décidâmes à une exploration chirurgicale, que réclamait d'ailleurs le malade.

Le 27 juillet 1897, M. Williamson, mon collègue chirurgien, ouvrit l'abdomen par une incision de six pouces. Après examen du contenu de la cavité abdominale, on vit que la tumeur était un rein en fer à cheval, dont la partie centrale de l'arc était couchée sur l'aorte, au niveau de la partie inférieure de la colonne lombaire. L'incision abdominale fut suturée et en dix jours, le malade fut considéré comme guéri, il fut débarrassé de la douleur et des autres symptômes aussi désagréables.

OBSERVATION XXV. (Gouilloud.)

Malade dont un rein en ectopie congénitale simulait à s'y méprendre une salpingite parenchymateuse. L'extrémité du rein formait une tumeur fixe, dure, sensible, piriforme qui pointait dans le cul-de-sac vaginal gauche, un peu en arrière du col utérin, dont elle était séparée par un sillon. Au cours d'une laparotomie entreprise pour des douleurs pelviennes persistantes, je fus amené à inciser le péritoine pelvien et je reconnus le rein à la sensation que me donna son décollement, sensation qui me rappela le décollement du rein au cours d'une autopsie.

La vitalité du rein n'ayant pu être en rien compromise, cet organe fut laissé. Les annexes droites, dont le pavillon était obturé par une inflammation antérieure, furent enlevées. Quant aux annexes gauches elles furent respectées, mais il était très difficile de les voir par suite d'une malformation considérable en rapport avec l'ectopie pelvienne. Très déviées en dehors, atrophées, elles étaient rattachées à l'utérus probablement unicolore par un tractus sous-péritonéal invisible.

OBSERVATION XXVI.

(DEPAGE, *Journal de Médecine et de Chirurgie de Bruxelles*, N° 11.)

Marie G..., 20 ans, célibataire, sans profession.

Père vivant, bien portant, mère morte d'une affection de poitrine à l'âge de cinquante-trois ans. Cinq frères vivants, dont un atteint de tuberculose pulmonaire.

Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans ; les règles ont toujours été régulières ; la dernière époque menstruelle date de huit jours. Leucorrhée.

Maladies antécédentes : fièvre typhoïde à l'âge de dix ans.

Depuis quatre ans la malade est sujette à la toux, a eu un crachement de sang il y a trois ans, la toux existe surtout le matin et elle est à certains moments accompagnée d'une expectoration purulente.

Depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis l'époque où ont apparus les phénomènes du côté de la poitrine, la malade se plaint de douleurs lancinantes au niveau de l'estomac ; ces douleurs intermittentes arrivaient par accès et se répétaient quatre à cinq fois par jour ; elles se propageaient dans le dos, dans le flanc droit, et, depuis un certain temps, dans tout le ventre.

A l'inspection le ventre ne présente rien de particulier.

A la palpation on constate, immédiatement au-devant de la colonne vertébrale, une tumeur du volume d'un gros œuf, dure, non fluctuante, non douloureuse à la pression, située à droite de l'aorte dont les pulsations sont très sensibles. Cette tumeur est mobile, elle suit les mouvements d'inspiration et d'expiration.

A la palpation bimanuelle le rein droit est parfaitement accessible, il est augmenté de volume, situé plus bas que normalement, il se laisse déplacer dans une certaine étendue, il est douloureux à la pression.

La percussion donne du tympanisme au-devant de la tumeur.

Au toucher : col de nullipare, la matrice est mobile, les culs-de-sac sont libres, les ovaires sont normaux.

Etat général : amaigrissement assez notable. Pommettes légèrement colorées. Vibrations thoraciques augmentées. Respiration rude et soufflante au sommet droit, Urine normale Pas d'albumine.

Le diagnostic de ganglion tuberculeux du mésentère fut fait et nous nous décidâmes à opérer.

Cette opération fut faite le 28 octobre 1892 avec l'aide des docteurs Clerks, Verhoogen, Bayet, Goossens.

Soins aseptiques rigoureux. Narcose au chloroforme Pictet.

Incision de la paroi abdominale, le long du bord externe du muscle droit, longue de dix centimètres environ. Ouverture de la cavité abdominale. La tumeur est rétropéritonéale; située à la base du mésentère, elle a la forme et la consistance d'un rein, mais le volume en est moindre, les deux reins sont à leur place normale; celui du côté droit augmenté de volume était légèrement mobile comme cela a été établi par l'examen de la malade. Il n'y avait plus à penser à un ganglion tuberculeux comme nous l'avions cru tout d'abord : un ganglion tuberculeux aurait donné certaines manifestations du côté du péritoine, il aurait provoqué des adhérences, tandis que la tumeur à laquelle nous avions affaire était mobile sous la séreuse et n'était accompagnée d'aucune lésion inflammatoire. On n'eut la certitude de l'existence de ce tératome que quand on eut ouvert le feuillet postérieur du péritoine et qu'on eut mis la tumeur à découvert.

Son aspect et sa coloration rouge foncé particulière, ne laissaient aucun doute à ce sujet. Ce rein supplémentaire était situé au-devant de la colonne vertébrale entre l'aorte et la veine cave qui lui étaient accolées. Il fut dégagé sur toute la périphérie jusqu'au niveau du pédicule, lequel fut lié par une double liga-

ture et sectionné. Sur la surface sectionnée du moignon, on constata la présence d'un uretère, mais on ne put déterminer le mode de terminaison de celui-ci. Pour le reste de l'opération, rien de spécial ; on se contenta de fermer la plaie par plusieurs étages de sutures, sans s'inquiéter de la fenêtre pratiquée au feuillet postérieur du péritoine.

Les suites opératoires furent des plus simples : température maxima 37°8. La malade sort de l'Institut le 8 janvier, c'est-à-dire six jours après l'opération.

Elle vient nous revoir une semaine plus tard ; elle se trouve très bien et c'est à peine si elle se plaint encore.

OBSERVATION XXVII. (David Newmann, de Glasgow.)

Déplacement congénital du rein droit au dessus du ligament de Poupart, simulant un abcès pérityphlique. Opération

Le malade fut admis à l'hôpital royal de Glasgow le 2 novembre 1894, se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque droite. Il commença à se plaindre de douleurs dans la région lombaire dès septembre 1890, mais bien que la douleur ait continué à se manifester avec plus ou moins de persistance, il continua à travailler jusqu'à l'hiver de 1893. Elle devint alors si violente qu'il se mit au lit et dût y rester plus d'un mois. Il ressentit pour la première fois à ce moment des douleurs abdominales et ne put plus marcher qu'avec l'aide de deux cannes. Il nota la tuméfaction de l'abdomen 6 mois avant son admission.

A l'entrée, légère tuméfaction de la paroi dans la région de la fosse iliaque droite et dans la région lombaire inférieure. On sentait une tumeur arrondie qui se déplaçait dans de très faibles limites et qui semblait être fluctuante.

La percussion ne donnait pas une figure de matité correspondante à la tumeur sentie par le palper. La matité était obtenue dans une bande couchée sur l'arcade de Fallope et représentant 2 pouces de large.

La tuméfaction fut incisée et, sitôt que les muscles furent sectionnés nous ne retrouvâmes plus la sensation de fluctuation. L'incision fut alors agrandie. La tumeur de contour arrondi était demi-élastique mais ferme et nous pensâmes immédiatement à un rein déplacé congénitalement.

Une capsule adipeuse très épaisse fut disséquée et le rein mis à nu. Il était complètement immobile. Il n'y avait ni hypertrophie ni hydronéphrose. On ne put s'assurer de l'état de l'uretère. La plaie guérit en peu de jours, au bout desquels la sensation de fluctuation fut aussi décevante que le jour de l'entrée.

OBSERVATION XXVIII. (Docteur Mériet. *Gazette des Hôpitaux* 1855, page 91.)

Chez un vieillard mort de cancer on ne trouve pas les reins dans leur situation normale, mais en se servant de la vessie et de l'uretère comme fils conducteurs, on tombe dans le fond du bassin, au-dessous de la vessie et du rectum, sur un rein unique, du volume du poing, de forme arrondie, présentant une rainure. Un seul uretère. La substance rénale est saine.

Les fonctions rénales ont toujours été bien remplies. Cependant de tout temps le malade a accusé une grande fréquence des émissions des urines et jusqu'à l'âge de 15 ou 16 ans, il avait constamment pissé au lit, ce qui s'explique par la pression continuelle exercée sur la vessie par un rein aussi volumineux et fait comprendre l'inutilité des remèdes administrés en pareille circonstance pour combattre une semblable infirmité.

OBSERVATION XXIX. (Alsberg'.)

Extirpation d'un rein gauche dans le petit bassin.

Emma W..., âgée de 22 ans, après avoir longtemps souffert d'anémie et de pertes blanches, fut envoyée à l'hôpital pour kyste parovarien ou hydrosalpinx. A gauche et en arrière de

l'utérus, dans la concavité du sacrum, on sentait une tumeur de la grosseur d'une pomme et d'une consistance moyennement dure. La partie inférieure de la tumeur était fixée. L'ovaire gauche était normal quant à son volume. On ne constatait pas d'adhérences de la tumeur avec l'utérus.

Les douleurs supportées par la malade étaient intenses et sans pousser plus loin le diagnostic, Alsberg, à cause de ces douleurs mêmes, décida de faire une laparotomie. La cavité abdominale fut donc ouverte et l'on eut vite reconnu que la tumeur était rétropéritonéale et siégeait au-devant de la trompe gauche. On incisa le péritoine et l'on vit que la soi-disant tumeur n'était pas autre chose qu'un rein en ectopie congénitale. On l'extirpa, mais non sans s'être assuré au préalable que le droit était à sa place normale.

Le péritoine fut tamponné à la gaze iodoformée. La malade guérit.

Le rein présentait une lobulation fœtale et, du bassin, partaient deux uretères dont l'un fut déchiré au cours de l'intervention.

OBSERVATION XXX (de Neufville.)

Chez une femme de 25 ans, il se produisit, au bout de quelques jours, de l'œdème des deux jambes et bientôt après un peu d'ascite; au bout de deux semaines la mort arriva. A l'autopsie on trouva deux reins fusionnés, situés au-devant du promontoire, très gorgés de sang. Par compression de la veine cave et de l'iliaque externe gauche, une thrombose de ces vaisseaux s'était produite, le thrombus s'était avancé dans la veine cave et de la sorte empêchait le retour du sang de l'extrémité inférieure. De Neufville explique l'apparition subite de si graves symptômes, après vingt-cinq ans d'absence de tout symptôme morbide de la part de l'organe abaissé en ectopie, par l'hyperhémie du rein consécutive à une bronchite et à une pleurésie.

OBSERVATION XXXI (P. Poirier.)

Homme de 55 ans, kyste énorme dans un rein droit congénitalement déplacé. Le volume est celui d'une tête d'enfant de 2 ans. La paroi est mince et permet d'apercevoir par transparence le liquide de couleur urinaire qui remplit le kyste. Ce kyste s'est développé à la partie supérieure du rein qui est en ectopie pelvo-abdominale, c'est-à-dire que ses deux tiers inférieurs plongent dans le petit bassin, deux artères rénales naissent de l'aorte abdominale, juste dans son angle de bifurcation. Le tissu rénal du rein ectopié présente l'apparence normale. On remarque seulement, vers le tiers inférieur, un petit kyste de la grosseur d'une noisette.

Les rapports du kyste sont intéressants. Il a soulevé le péritoine et dédouble, en partie, le mésocôlon pour venir se mettre en rapport avec la paroi abdominale. Le cœcum est à droite : la partie terminale de l'iléon contourne son extrémité inférieure. L'ouverture du kyste eut été facile, mais il eut fallu se contenter d'une extirpation partielle, car je n'ai pu dégager la partie attenante au tissu rénal ; sur le vivant la chose eut été certainement impossible.

OBSERVATION XXXII (Strube.)

Enfant du sexe masculin, âgé de 4 semaines, mort le 6 février 1893. Tout de suite après l'accouchement, l'enfant fut amené à la clinique universitaire chirurgicale, parce qu'on avait constaté l'absence de l'anus. Dans l'observation est mentionné ce qui suit :

De l'urètre s'échappe en jet d'urine mêlée de matières fécales. L'orifice anal manque complètement. Le ventre est distendu, d'une sonorité tympanique. Une large incision sur le périnée, partant du coccyx, ouvrit la fosse ischio-rectale. Le

rectum fut impossible à découvrir, malgré l'examen complet de cet espace. C'est seulement lorsque le coccyx eut été détaché d'avec le sacrum et rabattu à gauche que l'on vit bomber un organe cylindrique, couvert en apparence de sérosité, qui en imposait pour l'intestin. Il fut pris par deux anses de fil et incisé au bistouri.

Il ne s'écoula ni matières ni aucun liquide. L'examen de plus près montra qu'il s'agissait d'un organe parenchymateux, peut être du rein. Comme l'absence du rectum proprement dit était bien établie, et qu'on pouvait supposer que l'intestin s'abouchait directement avec le fond de la vessie, la cavité périnéale opératoire fut tamponnée et la colostomie iliaque pratiquée. L'enfant se releva d'abord un peu, prit du poids, et les plaies guérirent bien. Mais bientôt il dépérit, et finit par mourir environ quatre semaines après avoir été opéré.

A l'autopsie voici ce qu'on découvrit :

A l'emplacement normal ne se trouve aucun des deux reins. Les capsules surrénales, de forme aplatie, arrondie, de la grosseur environ d'une pièce de un mark, se trouvent des deux côtés de la colonne vertébrale, à hauteur normale. La gauche est un peu plus bas que la droite.

Le seul rein existant est situé bas dans le petit bassin, dont il remplit complètement la cavité et sur les dimensions duquel il adapte sa forme. Il est par son axe longitudinal juste sur la ligne médiane du corps et présente en coupe transversale une forme quadrangulaire, dont la largeur décroît progressivement de haut en bas, le rein pénétrant en quelque sorte de force entre les deux parois latérales du bassin. Le pôle inférieur du rein repose sur les parties molles du plancher pelvien.

La face postérieure du rein est convexe et repose dans la concavité du sacrum entre les deux muscles psoas dans leur trajet descendant. La bifurcation de l'aorte se trouve à 1 centimètre plus bas que le pôle supérieur du rein.

Le rein se case entre les deux ar'ères iliaques primitives, de telle façon que ces artères, un peu rejetées en dehors, suivent de chaque côté les faces latérales du rein.

La face antérieure du rein est, dans sa partie supérieure, recouverte par le péritoine, qui, dans la moitié droite du corps, s'applique sur la vessie, formant une excavation réno-vésicale. A gauche, cette cavité est partagée encore, par le rectum qui s'insinue entre la vessie et le rein, en une excavation vésico-rectale et une réno-rectale. La face antérieure est divisée par des sillons en segments séparés, plate dans son segment supérieur, concave dans son segment inférieur, d'où sort le bas-sinet. Celui-ci naît de quatre calices, dont deux viennent de la partie supérieure et deux de la partie inférieure du hile, et se convertit en un uretère long de 2 centim. 1/2.

Le rein tire son sang de 3 artères qui pénètrent dans le hile par la face antérieure ; une à droite, les deux autres à gauche, elles naissent de la bifurcation de l'aorte et de l'iliaque primitive gauche.

OBSERVATION XXXIII (Strube.)

N..... H....., 32 ans, mort le 4 avril 1891.

Anamnestiques : le patient souffre depuis six mois d'une constipation opiniâtre, ainsi que de difficultés dans l'urination qui consistent en mictions difficiles et douleurs dans l'urètre, à l'émission. La constipation ne cède qu'à l'emploi de purgatifs énergiques. Les matières fécales sont constituées par de petites crottes dures, recouvertes d'un pus glaireux, ce n'est que rarement qu'il a eu une selle normale.

L'année passée, le bas-ventre aurait enflé, ce qui du reste, disparut après une débâcle.

De plus, il survient du vomissement matutinal, de l'inappétence, une langue très saburrale, le caractère devient très

irritable, le sommeil mauvais, symptômes qui, jusqu'aujourd'hui, n'ont fait que s'accroître progressivement.

Au commencement de septembre de l'année dernière, le patient prit la figure jaune, et en même temps il avait des douleurs d'estomac, mais pas de vomissements. Dans l'aspect des selles il ne remarqua alors aucun changement. La teinte jaune dura jusqu'en octobre. En 1880, le patient eut un accident syphilitique primaire, et plus tard des manifestations secondaires. En 1883, il prit une blennorrhagie qui guérit, sans complication, au bout de trois mois.

Il y a quatre mois, le patient consulta un médecin pour sa constipation; eut, par lui, son attention attirée sur une tumeur dans le bas-ventre, tumeur qui lui avait jusqu'alors échappé, en sorte qu'il ne put donner aucun renseignement sur l'époque de son apparition et son mode de développement. La tumeur devait, dès cette époque, avoir le même volume qu'aujourd'hui; elle n'est pas spontanément douloureuse. A une forte pression sur la tumeur des douleurs sont ressenties. Le patient croit remarquer assez souvent de petits déplacements de la tumeur, sans que la réplétion de l'intestin y soit de quelque influence.

Etat actuel. — Homme assez grand, fortement bâti, bien musclé. L'abdomen n'est pas gonflé, les parois sont dures. La matité hépatique dépasse sur la ligne parasternale le bord des côtes, de deux travers de doigt. La matité splénique n'est pas augmentée. Il n'y a ni ictère, ni œdème. A une palpation profonde on sent au-dessous du nombril une tumeur arrondie qui est douloureuse à la pression. La moitié droite du scrotum est vide et de même dans le canal inguinal on ne trouve pas de testicule; l'orifice inguinal externe admet le bout du doigt.

Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés.

Examen sous anesthésie, le 6 février 1891.

Environ à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, au-devant du promontoire, s'élevant dans le grand bassin, un peu plus à droite de la ligne médiane, se trouve une tumeur

du volume du poing, dont le pôle inférieur peut être atteint par l'extrémité du doigt mis dans le rectum. Elle est d'une forme à peu près elliptique, un peu mobilisable dans le sens transversal, à peine dans le sens vertical. Sa superficie est inégalement bosselée et sa consistance molle, élastique. Dans la région de la vésicule séminale droite, on sent un cordon plus fort que du côté gauche.

Comme diagnostic clinique, on admet qu'il s'agissait vraisemblablement d'un sarcome du testicule retenu.

Le 1^{er} avril 1891, la laparotomie fut pratiquée.

Après ouverture de la cavité abdominale suivant une incision sur la ligne blanche, de l'ombilic à la symphyse, on vit que la tumeur était rétropéritonéale et, au premier regard, elle en imposait pour un paquet de ganglions lymphatiques rétropéritonéal.

Après éviscération et enveloppement de l'intestin dans des compresses salicylées, le mésentère fut incisé dans le sens transversal, parallèlement au cours des vaisseaux, et alors on arriva sur la tumeur. Celle-ci a une couleur rouge-brun et paraît extérieurement répondre à peu près à de la substance rénale.

On libère un lambeau environ gros comme une noix, par où un grand nombre de vaisseaux artériels et veineux plus ou moins gros saignent : ils sont en partie saisis directement, en partie liés avant la résection du lambeau.

Le lambeau isolé est excisé, et alors se produit une assez abondante hémorragie parenchymateuse, qui est arrêtée par tamponnement. A la coupe, le lambeau se montre nettement de la substance rénale. Il y a certainement là une anomalie de situation du rein, peut être un rein en fer à cheval avec un moindre développement de la moitié droite. Un simple rein flottant n'est pas admissible, parce que le pédicule était trop court, et que le rein ne se laissait que très peu mobiliser.

De la présence du rein droit et du rein gauche on ne pouvait être sur. Sur l'endroit du parenchyme qui saignait, on mit des mèches iodoformées qu'on attira au dehors. Le mésentère fut fermé au catgut, puis après réintégration des intestins, les parois abdominales furent réunies et un bandage appliqué.

2 avril 1891. Pas de vomissements après l'opération.

Les douleurs sont vives et combattues par la morphine. Le malade a peu dormi la nuit. Il y a eu un vomissement.

Quantité des urines, 275 centimètres cubes. Poids spécifiques, 1025.

Le matin, violentes douleurs. Pas d'émission de gaz.

Le ventre est assez tendu : pas de météorisme.

Grande sensibilité à la pression surtout à gauche.

Le pansement est traversé par une sérosité sanglante, après ablation des mèches, l'écoulement de sérosité est plus grand par l'orifice du drainage.

L'urine contient beaucoup d'albumine et d'hémoglobine.

3 avril. — Quantité d'urine très minime. Le cathétérisme n'en donne pas. Dans le côté gauche, sur le ligament de Poupart, se montre une matité circonscrite ; on introduit un drain plus long par lequel s'écoule un liquide séro-sanguin.

4 avril. — Anurie complète pendant 24 heures. Pendant la nuit et le matin, vomissements constants. A 8 h. 3/4 du matin, mort.

A l'autopsie. — Les capsules surrénales sont normales par leur volume et par leur situation.

Il n'y a qu'un seul rein qui s'étend du corps de la quatrième vertèbre lombaire jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée. Il est long de 12 centimètres, large de 8 centimètres, épais de 4, 5.

Cet organe est situé dans la fosse iliaque gauche et descend dans la moitié gauche du petit bassin, recouvrant les vaisseaux iliaques gauches.

A la surface du rein, sillons occupés en partie par des artères et délimitant des lobes. Le hile est à la face antérieure. Les vaisseaux y pénètrent, l'uretère en sort. Sur le bord droit du rein est une petite masse de la forme d'une fève, longue d'environ 4 centimètres, large de 2 à 3 centimètres, solidement adhérente. L'examen microscopique montre que cette masse se composait de vestiges de glomérules, de canalicules urinaires pleins d'une matière colloïde et de vaisseaux à parois épaissies, en somme représentait de la substance rénale oblitérée. Deux artères naissent, l'une à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation de l'aorte, l'autre de l'hypogastrique gauche.

OBSERVATION XXXIV. (Hochenezg.)

Néphrectomie primitive pour obstruction chronique causée par la présence d'un rein ectopique comprimant le rectum.

Femme de 52 ans, ayant souffert toute sa vie de constipation et qui avait fini dans ces dernières années par ne plus aller à la selle qu'avec de très grandes difficultés et seulement tous les 15 jours.

La malade accusait en outre quelques troubles nerveux. En l'examinant on trouva dans le bassin une tumeur rétropéritonéale comprimant le rectum. On décida d'intervenir. L'opération faite par la voie sacrée, donna accès sur une tumeur enveloppée de graisse qui n'était autre chose qu'un rein ectopié. On en pratiqua l'extirpation après ligature des vaisseaux du hile. Les suites de l'intervention ont été très simples et la patiente, guérie actuellement, ne se plaint plus du tout de constipation.

CONCLUSIONS.

I. — L'ectopie congénitale du rein, consistant en un arrêt de développement du corps de Wolff, beaucoup plus fréquente à gauche, est essentiellement distincte de l'ectopie accidentelle ou rein mobile, plus observée à droite.

II. — Généralement le rein ectopique congénital dont la forme ne rappelle que de loin, ou même pas du tout, celle du rein normal, est *fixé* dans l'excavation du bassin ou sur les limites, plus rarement dans la région lombaire inférieure.

Sa vascularisation est très riche, ses artères multiples naissant des troncs les plus voisins et formant parfois autant de pédicules.

Il est souvent lobulé et s'accompagne fréquemment d'autres anomalies de développement.

III. — Dans de nombreux cas le rein ectopique est une trouvaille d'autopsie; souvent il n'incommodé pas son porteur; mais quelquefois il est cause de crises douloureuses s'accompagnant de phénomènes réflexes péritonéaux qui, par leur répétition ou leur durée, amènent une déchéance notable de la santé.

IV. — Le diagnostic est très difficile à établir (nombreuses en effet sont les erreurs provoquées par l'ectopie rénale). La laparotomie exploratrice devra être tentée et lèvera tous les doutes.

V. — Quel sera le traitement ?

Parfois le décollement de ce rein dans la région lombaire, suivi d'une sorte de fixation de l'organe par réunion secondaire de la plaie, procurera au malade une guérison définitive, ainsi que le démontre une observation de M. le Professeur Poncet : l'opération fut pratiquée avec succès par M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale. C'est en somme une espèce de néphropexie lombaire inférieure par réunion par seconde intention.

On pourra aussi, dernière ressource, recourir à la néphrectomie, lorsque le rein sera dégénéré, par exemple, ou situé trop bas dans la cavité pelvienne.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ANTONIN PONCET.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, et Permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE.

- ALBARRAN. — In *Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet, 1899.
- * ALSBERG. — *Centralbl. f. Chirurgie*, 1896, p. 687.
- * APERT. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1898.
- BECKET. — *Arch. gén. de méd.* 1865.
- * BLAND-SUTTON. — *Brit. med. journ.* 1887, t. I^{er}, p. 456.
- * BRIGIDI. — *Deutsch. Zeitschrift f. Chirurg.* XLVI.
- * CHAPUIS. — Thèse de Lyon. 1896.
- CHARPY. — *Organes génito-urinaires.*
- * CHAVANES. — *Ann. de la Soc. de méd. de Saint-Etienne et de la Haute-Loire.* 1877.
- * COTTIN. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1876.
- * CRUVEILHIER. — *Anatomie descriptive.* Art. rein.
- * DEPAGE. — *Journ. de méd. et de chirurg. de Bruxelles*, n° 11.
- * FARQUHASON. — *New-York med. Journ.*, 1894, t. II, p. 283.
- * FLAISCHLEN. — *Zeitschrift f. Geburtshülfe*, XXXVI. 1897, p. 371.
- * GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — *Histoire des Anomalies.*
- * *Glasgow Royal Infirmary Museum*, Série 7, n°s 1, 2, 3, 4, 9.
- * *Glasgow Med. Journal.* Février, 1898.
- * GOULLLOUD. — *Bulletin médical.* 15 sept. 1895.
- * GOULEY. — *Med. Rec.* New-York, 1872. VII, 432.
- * GRAGIN. — *Gaz. hebd.* 1898. N° 74, p. 885.
- * GUIBÉ. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1895.
- * HOCHENEGG. — *Semaine méd.*, 20 déc. 1899.

- LANCEREAUX. — *Dictionn. Dechambre*. Art. rein.
- * LANCEREAUX. — *Leçons de Clinique médicale*. 1894.
- * LATRUFFE. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1888.
- * LHUILLIER. — *Thèse de Strasbourg*. 1845.
- * LIÉGEOIS. — *Mémoires de la Soc. de Biologie*. 1859.
- LOMBROSO. — *Gazz. med. ital.* Padoue, 1860, III, 49.
- * LOND. — *London Med. Gaz.* XXX, p. 552.
- * LONDE. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1896.
- * MAC WILLIAM. — *Brit. Med. Journ.* 1882, t. II, p. 683.
- * MAC WILLIAM. — *Brit. Med. Journ.* 1899, t. I, p. 1395.
- * MARTIN. — *Zeitschr. f. Geburtsh.* XXXVI. 1897, p. 371.
- * MARTIN-SAINT-ANGE. — *Ann. des Sc. nat.* 1826, t. VII, p. 82.
- * MÉRIER. — *Gazette des Hôpitaux*. 1855, p. 91.
- * MESLAY. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1894.
- * MULLERHEIM. — *Zeitschr. f. Geburtsh.* XXXVI, 1897, p. 371.
- NEWMANN (D.). — *Surgical Diseases of the kidney*, p. 7.
- * NEWMANN (D.). — *Brit. med. Journ.* - t. II, 1898, p. 610.
- * NEWMANN (D.). — *Malformation of kidney without mobility*. Londres, 1899.
- * NOVÉ-JOSSERAND. — *Lyon Médical*. Février, 1892.
- * OLIVER. — *Brit. Med. Journ.* 1838, t. I^{er}, p. 552.
- OLSHAUSEN. — *Zeitschrift f. Geburtsh.* 1895, p. 371.
- * PATERSON. — *Brit. Med. Journ.* 1888, t. I^{er}, p. 646.
- * POCHON. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1891.
- * POIRIER (P.). — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1889.
- * POIRIER (P.). — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1891.
- * POULAILLON. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1890.
- * REED. — *Monthly Journ. of med. Science*. 1845, t. 5, p. 664.
- RIVIÈRE. — *Lyon Médical*. 1892. LXIX, p. 291.
- * ROSSI (U.). — *Lo Sperimentale*. (Florence), 1896. Fasc 3^o.
- * SCHUETZ (R.). — *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*. XLVI, p. 523.

- *SCHMERBER. — Thèse de Lyon, 1895.
- *SCHWALBE. — *Archiv. f. pathol. Anat.* CXLVI, 3.
- **Scottisch med. and Surgic. Journ.*, t. I^{er}, p. 53.
- SEYMOUR. — *London Med. Gaz.*, t. III, p. 824.
- *SHEEN (W.). — *Brit. Med. Journ.* 1899.
- *SINCLAIR. — *Med. News.* July, 1898, p. 56.
- *SPALETТА. — Thèse de Paris. 1895.
- *TESTUT. — Anatomie humaine. Art. rein.
- TOURNEUX. — Précis d'Embryologie.
- TUFFIER. — In *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.*
- VISCONTI. — *Atti Assoc. med. lombarda.* 1892, p. 250.
- *WEISSBACH. — *Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.* XLVI.
- *WHITEFORD (Hamilton). — *Brit. Med. Journ.* 1898, 2, 1896.
- *WINTER. — *Zeitschr. f. Geburtsh.* XXXVI, 1897, p. 371.

N. B. — Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des auteurs ayant publié des observations. Cet index bibliographique sera utilement complété par celui du docteur Chapuis (Thèse de Lyon 1896).

